This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

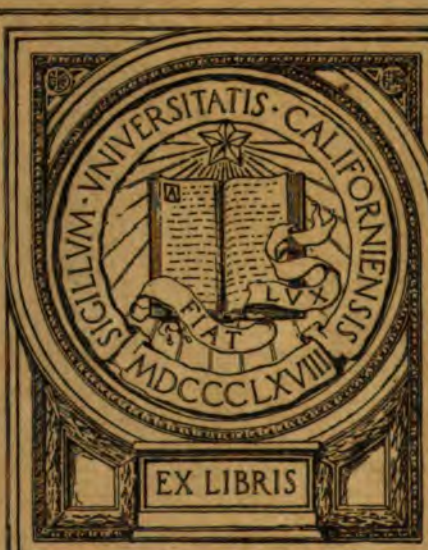
We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

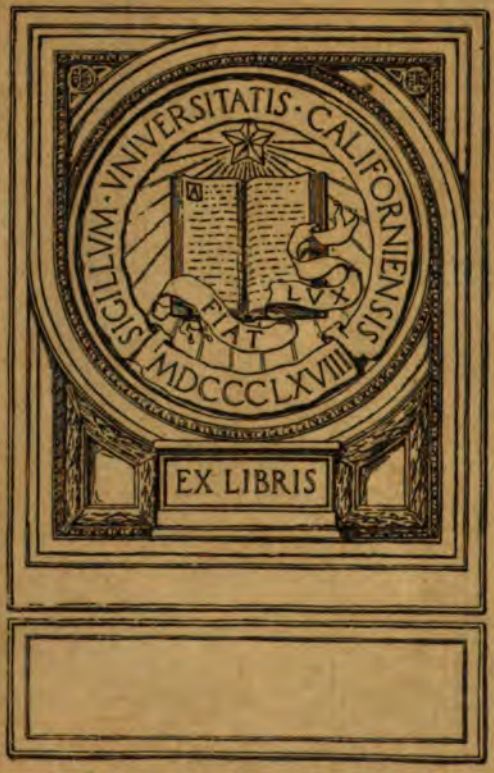
About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

GIFT OF
J.C.CEBRIAN



GIFT OF
J.C.CEBRIAN



REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UNIV. OF CALIFORNIA

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1888)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO L

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Carretas 8 y Garellano, 6.

1901

UNIV. OF CALIFORNIA

R71
R4
v.50-51

Gift of J. C. Cebrian

UNIV. OF CALIFORNIA

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CAUSAS MAS FRECUENTES DE LOS ABORTOS

Y DE LOS PARTOS PREMATUROS REPETIDOS EN LA MISMA MUJER Y MEDIOS DE EVITARLOS

POR EL

DOCTOR D. EUGENIO GUTIÉRREZ

Profesor de Ginecología del Instituto de Terapéutica Operatoria. Madrid.

Una de las cuestiones que á cada momento se nos presentan en la práctica y cuya favorable solución proporciona satisfacción inmensa á las familias, lauro y gratitud al Profesor, es la que se refiere á la impropiamente llamada *muerte habitual del feto*. Estudiada por todos los tocólogos y á la luz de todas las doctrinas la repetición de abortos y partos prematuros en algunas mujeres, ha ido aumentando la lista de sus causas productoras á compás de los progresos realizados en la especialidad ginecológica y á medida que se han comprobado las relaciones que tienen ciertos estados generales con el embarazo, pudiendo hoy decir con verdad que no existe tal *hábito* de abortar en la mujer.

Al ocuparnos de tan interesante asunto, no hemos de seguir en punto á etiología el orden establecido por los autores relatando las causas que dependen de la madre, las que radican en el padre y las que provienen del huevo: ni hemos de adoptar tampoco la clasificación que se hace de las mismas en generales, locales y accidentales. Preferimos hacer el estudio relativo á la repetición del aborto y del parto prematuro con arreglo á lo que la observación clínica nos demuestra diariamente.

En este supuesto, precisa hacer una distinción bien marcada entre la mujer que nunca ha podido llevar á término sus embarazos y

338065

aquella otra que, después de uno ó varios partos de tiempo y normales, ha sufrido repetidos abortos y partos prematuros con feto muerto; pues, si bien algunas de las causas pueden ser comunes á ambas, las más frecuentes en cada caso distan mucho de ser semejantes por razones de estática y dinámica genital especialísimas.

Primer caso.—Se presenta á nuestra observación una mujer joven que desde su aún reciente matrimonio ha visto con tristeza sucederse cuatro, seis y aun ocho abortos de dos á tres meses, y reclama nuestro consejo para que no se repita igual fenómeno en lo sucesivo: puede acudir á nuestra consulta inmediatamente después del último aborto ó bien en el comienzo de un nuevo embarazo, cuando le ha faltado una menstruación.

Si lo primero, hallaremos mayores facilidades para inquirir la causa; si lo segundo, serán precisos mayores cuidados para descubrirla, pero en uno y en otro caso habremos de poner nuestra atención en los comienzos de la vida sexual de la mujer, para deducir posibles lesiones productoras del primero y subsiguientes cataclismos ocurridos en el curso del embarazo.

¿Qué nos dice la observación? Que en los matrimonios recientes, la frecuencia del coito determina, como acto traumático, una congestión permanente en el aparato genital, que en algunas jóvenes llega á producir lesiones uterinas tan bien descritas por Th. Gallard con el nombre de *metritis de las recién casadas*, causa más que suficiente para ocasionar el aborto primero y también los sucesivos si sigue obrando el mismo estímulo sobre las alteraciones producidas, principalmente en los momentos de la congestión periódica ó menstrual, que es la época en que suele verificarse la expulsión del huevo. Y sin que lleguemos á la exageración de Miguel de Tours, para quien el coito es la causa del aborto, de diez casos en los nueve, es preciso reconocer por las razones expuestas y porque dicho acto, practicado á menudo, es capaz de excitar la contractilidad uterina, que él es responsable muchas veces de los abortos repetidos. Verificado el primero, la mujer no se cuida ó se cuida poco, la involución se hace imperfectamente, nuevos elementos embrionarios se van sumando á los ya existentes en el parénquima uterino por efecto de la congestión indicada, el tejido conjuntivo acrece á expensas de los mismos con detrimento del libre juego muscular, los elementos glandulares de la mucosa se multiplican y crecen con la actividad capilar, y otras alteraciones vienen á unirse á las ya establecidas para proporcionar á un nuevo producto de concepción asiento frágil y poco resistente

al menor impulso que de dentro ó de fuera venga á perturbar su marcha evolutiva. Y así tenemos creadas la *rigidez patológica del útero y la irritabilidad exagerada* del mismo y la *endometritis y la metritis crónica* que describen los autores como causas del aborto repetido, y que, según se ve, son eslabones de una cadena que arranca de los primeros días del matrimonio por una serie sucesiva de lesiones anatómicas, naturales en el mismo proceso, y que exigen de parte del Profesor un atento estudio si ha de impedir que se repita la muerte en el comienzo de la vida, amargando la felicidad de muchos matrimonios.

Por eso debe prohibirse el coito durante sucesivas gestaciones, cuando la mujer ha tenido ya un aborto, ó á lo sumo consertirlo en época alejada de aquélla en que se verificaba la menstruación, recomendando durante ésta la mayor quietud, á la vez que se tratan las consecuencias de la congestión genital con los medios descongestionantes más fáciles (laxantes suaves, irrigaciones vaginales antisépticas templadas y sin presión, baños generales templados, aplicaciones vaginales de agentes exosmósicos, como la glicerina y el tanino al 8 por 100), á la véz que se recomienda el uso interno de la tintura alcohólica al quinto de viburnum prunifolium, como analgésico y vaso-constrictor, á la dosis mínima de 20 gotas por mañana y tarde, en agua azucarada, durante los cuatro primeros meses de la gestación. Y todos estos medios pueden ponerse en práctica, lo mismo cuando la mujer se nos presenta antes de un nuevo embarazo, que cuando ya le falta una menstruación y tiene sospechas de su estado.

Segundo caso.—En otras ocasiones, la repetición de abortos de dos y tres meses en la mujer multípara no depende de las causas antes mencionadas, sino de anomalías de posición del útero, de desviaciones uterinas, ya congénitas, ya accidentales. Las que más á menudo hemos observado en la práctica, como productoras de tales abortos, han sido las retroversiones y las latero-versiones.

Fácilmente se explica que las primeras interrumpan el curso del embarazo, con sólo recordar la dificultad que crean á la circulación uterina, determinando como consecuencia congestiones permanentes y hemorragias de la placenta que dan origen al desprendimiento del huevo. A estos trastornos contribuyen las distintas compresiones que sufre el útero en retroversión por los materialas acumulados en el recto, y el traumatismo que durante las relaciones sexuales experimenta directamente el cuerpo de la matriz, apoyado sobre el fondo

posterior de la vagina, capaz por sí sólo de despertar las contracciones del órgano gestador y de provocar el aborto. Hemos tratado mujeres que por esta sola causa habían sufrido este percance 5, 8 y hasta 14 veces, logrando llevar á término los embarazos ocurridos después de la reposición de la matriz.

Para ello, y cuando tal desviación no se corrige espontáneamente, como sucede alguna vez, nos hemos valido de la posición genupectoral si la mujer nos consultó en pleno embarazo, obligándola á permanecer en dicha posición durante tres horas, varias mañanas antes de dejar la cama, con lo cual se consigue que el útero salga de la estrecha cárcel de la excavación á la pelvis superior; y cuando reconocemos la desviación inmediatamente después de uno de los abortos, practicamos la reposición bimanual ó combinada con el histerómetro, y aplicamos un pesario de Hodge proporcionado á las dimensiones de la vagina, cuyo aparato lleva la mujer durante ocho ó más meses, si antes no se hace embarazada, en cuyo caso debe dejarse aplicado hasta que pase el cuarto mes de la gestación.

Cuando por anomalía congénita ó por lesiones motivadas en el curso de infecciones ocurridas en la infancia sufren retracciones ó acortamientos los repliegues serosos encargados de la sustentación normal del útero, principalmente los que constituyen los ligamentos anchos, este órgano se desvía á uno ú otro lado de la línea media y queda sujeto por un tejido que ya perdió la flexibilidad de las serosas y se ha convertido en tejido fibroso y resistente á la extensión; entorpecida en este punto la circulación uterina, va creando una condensación de elementos anatómicos en el parénquima del órgano que le impide prestarse á la distensión á que le obliga el embarazo, originando molestias constantes que suelen terminar por el aborto. Pues si bien es cierto que en muchas ocasiones la actividad, que á la circulación pelviana imprime la gestación, hace que las adherencias peritoneales y aun los mismos exudados inflamatorios ya crónicos se infiltren, se reblandezcan, cedan y se distiendan sin esfuerzo, en otras, esta acción lenta llega tarde para evitar que los estímulos despertados por la resistencia á la distensión den origen á la interrupción del embarazo. Así hemos visto en una joven casada sucederse cuatro abortos, al llegar éste al tercer mes, por el hecho de una latero versión izquierda de la matriz dependiente de una perimetritis izquierda con retracción, que combatimos durante un año con el amasamiento, las aplicaciones intravaginales de ictiol y glicerina al 20 por 100, las irrigaciones de solución muy caliente de sublimado al

1 por 4000, y la revulsión punteada con el termo-cauterio cada veinte días en tres ocasiones, teniendo la satisfacción de ver que hoy se encuentra en el octavo mes de su quinto embarazo, soportado sin molestias ni zozobras y acariciando la dulce esperanza de contemplar al hijo tan deseado.

Vemos, pues, que los abortos repetidos en la mujer nulípara durante los primeros meses de la gestación obedecen casi siempre á una causa local, lesión anatómica que puede residir en la mucosa uterina ó en el parénquima, en los repliegues peritoneales ó en el tejido celular, cuando no es también algún tumor nacido en la matriz ó en el ovario que por su estímulo constante despierte la contractilidad del órgano gestador ó se opone á su distensión, produciendo la expulsión del huevo. Y sólo tratando convenientemente estos diversos factores, podremos evitar un nuevo fracaso.

∴

Desde el quinto mes en adelante son otras, por punto general, las causas que originan la repetición de abortos y partos prematuros en la mujer nulípara.

Primer caso: Del quinto al octavo mes. — Dejando á un lado la influencia perniciosa que sobre el producto de la concepción ejercen ciertos estados y enfermedades generales de los progenitores, como la cloro-anemia, la tuberculosis, las intoxicaciones saturnina, mercurial, por el sulfuro de carbono y aun el alcoholismo, la causa más frecuente de estos accidentes del embarazo dentro de la época fijada, es la sífilis, ya paterna, ya más principalmente materna.

Hace muchos años, tuvimos ocasión de observar un caso muy notable en la especie. Acudía á las consultas del Instituto establecidas en el Hospital de la Princesa un matrimonio: el marido presentaba una extensa caries sifilítica del frontal; la mujer, que aún padecía una sífilide papulo-ulcerosa vulvo-vaginal, nos refería que desde su casamiento había tenido 24 abortos de dos á seis meses.

Pero si en este caso la etiología saltaba á la vista y lo mismo podían ser debidos á la sífilis los abortos de dos que los de seis meses, no hay que olvidar tampoco que su repetición había creado en la matriz un estado subinvolutivo muy á propósito para coadyuyar á la expulsión del huevo en los primeros tiempos del embarazo, no invalidando este hecho excepcional lo que antes hemos establecido como más frecuente en la práctica y como más en armonía con los datos que nos suministra la anatomía patológica respecto á las le-

siones que determinan la expulsión prematura del producto de una concepción contaminada, según veremos más adelante.

Otro ejemplo, que es más decisivo y que hemos visto repetido varias veces: Un matrimonio se nos presenta en la consulta y nos refiere que en el transcurso de nueve años, desde su casamiento, la mujer ha tenido ocho embarazos que han terminado del quinto al noveno mes, sin poder lograr un sólo hijo vivo.

Reconocida detenidamente, no presenta lesión genital, ni trastorno general, que pueda explicar esta repetición de abortos y partos prematuros; tampoco se observan en ella vestigios de una infección sifilítica. Interrogado el marido, nos refiere que doce años antes de su matrimonio había tenido un chancro prepucial y placas en la garganta, pero que, sometido á tratamiento, había curado completamente. Examinado con todo cuidado, no presenta ningún vestigio de su antigua infección.

Se someten ambos al tratamiento específico, y logran después tres hijos vivos, de todo tiempo y sanos, que en la actualidad son el consuelo de la pobre viuda, pues el padre ha muerto á consecuencia de una pulmonía.

No hemos de repetir las ideas del profesor Fournier, contenidas en sus hermosas *Lecciones clínicas* publicadas en 1881, relativas á la influencia que la sífilis ejerce sobre el embarazo, pues son de todos conocidas y han servido á todos los autores para escribir el capítulo que en las obras modernas de tocología dedican á esta cuestión en la patología de dicho estado; ni hemos de insistir tampoco en la necesidad que tiene el médico de investigar esta causa en todos aquellos casos en que no se vea clara la etiología de los abortos y partos prematuros repetidos en la mujer, decidiéndonos por recurrir á la piedra de toque del tratamiento específico, por más que no podamos descubrir en los antecedentes, ni en el estado actual de los cónyujes, estigmas que revelen su existencia, ni hagan suponer el período en que se encuentra la enfermedad.

Si la mujer ha sido infectada antes ó en el momento de la concepción, es casi segura la interrupción del embarazo; si la infección se verificó después del quinto mes, el feto saldrá limpio de contagio, pero los hermanos que le sucedan corren peligro de no llegar á término. Cuanto más lejana sea la fecha de la infección, menores serán los efectos de ésta sobre el embarazo, pues como dice Fournier, «el tiempo gasta, atenúa la influencia heredo-sifilítica, y puede llegar á anularla». Sin embargo, matrimonios existen que, á pesar de

haberse verificado ocho y aun diez años después de haber contraído el marido la sífilis, de la cual se hallaba al parecer curado bastante tiempo antes de su casamiento, no han podido lograr un hijo vivo ni á término, hasta que el tratamiento específico seguido con constancia purificó á ambos cónyujes.

Una señora nos consultó el 6 de julio de 1897, tres años después de su matrimonio; en este tiempo había tenido dos abortos de tres meses y dos partos prematuros de siete y ocho meses con feto muerto. Reconocida detenidamente, sólo pudimos apreciar una endometritis glandular de poca importancia, y una perimetritis posterior con acortamiento del fondo de Douglas, que obligaba á la matriz á mantenerse en anteversión poco graduada.

Interrogado el marido, por no parecernos suficiente causa estas lesiones para explicar los partos prematuros, nos manifestó que catorce años antes de su matrimonio había sufrido los efectos de un contagio sifilítico, si bien de un modo ligero, y cuya curación fué pronta, pues se habían reducido á una llaguita y á una erupción nada molesta. Sometidos ambos esposos al tratamiento específico durante tres meses, hízose nuevamente embarazada esta señora, y persistió en la medicación iodurada, logrando tener una hija de todo tiempo y en perfecto estado de salud; á este embarazo sucedió otro, con niño también vivo, y que el 30 de octubre de 1900 (fecha en que me los presentó) contaba nueve meses de edad, hallándose la madre en el quinto mes de su tercera gestación después del tratamiento. Estos ejemplos podrían multiplicarse al infinito.

Mas lo qué importa, y corrobora mi juicio respecto á la significación del aborto y del parto prematuro en los distintos períodos del embarazo, es conocer los motivos por los cuales perece el producto de la concepción, puesto que su muerte es la causa eficiente de aquellos accidentes.

En primer lugar, el feto puede morir por los trastornos nutritivos originados por las alteraciones de la sangre materna que la sífilis determina, y cuyas manifestaciones en todos los sistemas orgánicos describió tan magistralmente Fournier. Puede también ser debida la muerte del feto á estrecheces de los vasos del cordón, como lo ha demostrado Léopold al investigar los efectos de la sífilis en la circulación feto-placentaria. Las alteraciones sifilíticas comprobadas en la placenta, que anulan en zonas extensas de este órgano sus funciones, impiden por lo mismo que el feto se oxigene y se nutra, y terminan por ocasionar su muerte; lo propio que sucede cuando por

lo intenso del contagio la sífilis determina en el feto lesiones graves del pulmón ó del hígado, á la peritonitis, etc.

¿Cómo deben prevenirse estos abortos y partos prematuros debidos á la sífilis?

Por la misma razón que el tocólogo aconseja que evite la ocasión de hacerse embarazada á toda mujer que padece una tuberculosis pulmonar ó una lesión cardíaca confirmada, debe también el médico que asiste á un enfermo sifilítico prevenirle de los peligros que puede ocasionar á la prole, si trata de casarse, y prohibirle el matrimonio hasta que reuna las condiciones que Fournier, con tanto acierto, estableció como indispensables para que un sifilítico pueda aspirar á la categoría de marido; á saber: ausencia de accidentes específicos acturales; antigüedad de la diátesis (tres á cuatro años, por lo menos, desde el contagio); período de inmunidad absoluta (año y medio ó dos años después de las últimas manifestaciones); mediana intensidad de la enfermedad, y tratamiento específico suficiente (mercurio y ioduro que, á dosis curativas y con intermitencias, se hayan empleado durante tres ó cuatro años, por lo menos).

Y ha de procurar el médico, por cuantos medios estén á su alcance, que al dar el consentimiento para efectuar el matrimonio, se haya alejado la posibilidad de una transmisión de la enfermedad á la mujer, por cuanto la herencia materna es más fatal que la paterna para el producto de la concepción, y la mixta bastante peor, como lo ha demostrado Fournier. La heredo-sífilis paterna produce una mortalidad fetal de 28 por 100, la materna de 60 por 100 y la mixta de 68'5 por 100.

¿Cómo debe establecerse el tratamiento? Según que el matrimonio nos consulte inmediatamente después de un aborto ó de un parto prematuro, ó bien cuando la mujer esté embarazada.

En el primer caso, y aunque los esposos no ofrezcan manifestaciones sifilíticas de presente, acostumbramos someter á los dos al tratamiento específico, siguiendo los preceptos de Fournier. Sin discutir la preparación que haya de emplearse, la forma de administrarla, el tiempo necesario para que cese por completo la influencia de la diátesis, como otras tantas y tantas cuestiones referentes al modo de obrar del mercurio sobre la sífilis, á su especialización, etc., damos la preferencia á este método: durante dos meses (y cuando no podemos descubrir trastornos que revelen la gravedad de la infección, más que los abortos y partos prematuros del quinto al octavo mes), nos limitamos á administrar el protoioduro de mercurio en

píldoras, á la dosis diaria y gradual de 5 á 10 centígramos, vigilando sus efectos sobre el aparato digestivo y sobre la mucosa bucal, para suspenderlo en cuanto se anuncia el ptialismo ó algún trastorno digestivo; después de este tiempo, suspendemos el mercurio y lo sustituímos por el ioduro potásico, previo un descanso de quince días, comenzando por una dosis diaria de 25 centígramos que aumentamos progresivamente hasta uno y medio y aun dos gramos, durante un mes.

Claro es que al mismo tiempo prohibimos las relaciones sexuales para evitar un embarazo. Terminado este plazo de la medicación iodurada, volvemos á emplear el protoioduro hidrargírico durante otros dos meses, y sucesivamente el ioduro potásico para terminar el tratamiento. Cuando alguno de los esposos presenta manifestaciones graves de la sífilis, es necesario insistir con el tratamiento, tanto tiempo cuanto sea necesario, para la completa desaparición de aquéllas.

No recurrimos á las inyecciones subcutáneas para la administración del mercurio, por parecernos más molestas y menos prácticas; pues si las vías digestivas no consienten la ingestión del mercurio, podemos con ventaja sustituirlas por las fricciones mercuriales, que son á la vez mucho más activas y siempre indispensables cuando tenemos que tratar á la mujer durante el embarazo, que es el segundo caso á que antes nos hemos referido.

Si la mujer nos consulta cuando le ha faltado la menstruación y tiene sospechas de estar embarazada, deberemos anular la influencia de la heredo-sífilis paterna, llevando al nuevo ser la medicación conveniente por el intermedio de la madre. Y esta medicación debe instituirse en los comienzos, antes de que la placenta, órgano indispensable á la nutrición del feto, se haya formado completamente, á fin de evitar que sufra las consecuencias de la sífilis. Por eso, y en atención á que es preciso obrar rápidamente y reservar el tubo digestivo, de suyo alterado en sus funciones por el mismo embarazo, empleamos siempre en estos casos las fricciones mercuriales, no sin escrupulosa observación de sus efectos sobre la mucosa gingival.

Recomendamos una fricción diaria con cuatro gramos de pomada mercurial doble, lavando antes la parte con agua caliente para facilitar la absorción cutánea; estas fricciones se hacen sucesivamente y por mitad en ambas axilas, parte interna de los brazos, antebrazos, ingles y muslos, hueco poplíteo y pantorrillas, volviendo á las mismas regiones cuando se han recorrido todas. En cuanto se

inicia el ptialismo, suspendemos las fricciones, aconsejando los colutorios con clorato de potasa, y una vez corregido, repetimos aquéllas durante igual tiempo, si las energías de la mujer no se han resentido; después continúa sometida al uso diario del ioduro potásico hasta el término del embarazo.

Hay quien asocia el mercurio y el ioduro durante todo el tiempo de la gestación, y bien conocida es la fórmula del profesor Pinard:

Jarabe de cortezas de naranjas agrias.....	200	gramos.
Biioduro de mercurio.....	0,10	—
Ioduro de potasio.....	10	—

de la cual debe tomar la embarazada una cucharada ordinaria todos los días en la comida principal.

Con estos medios, lograremos casi siempre impedir la continuación de los abortos y partos prematuros debidos á la sífilis, cuyo elemento etiológico debemos tener presente en casos semejantes.

***

La repetición de abortos y de partos prematuros en la mujer que anteriormente tuvo hijos robustos de todo tiempo, puede obedecer á las mismas causas que los motivan en la nulípara; pero existen en aquélla razones poderosas para que algunas lesiones especiales sean con más frecuencia responsables de tales accidentes.

Primer caso.—Una mujer que ha tenido cinco partos normales y con feto vivo, se hace embarazada sin terminar la lactancia del último y aborta al cumplir el tercer mes de gestación. A este aborto se suceden otros siete de dos á cuatro meses, siendo entre los embarazos las menstruaciones muy abundantes; la causa de estos abortos es una retroversión de la matriz con endometritis hiperplásica, bien explicable por los trastornos involutivos después de los partos anteriores, y por el hecho de la desviación uterina. La indicación en este caso es bien sencilla: separar la mucosa enferma que tan mal asilo ofrece al huevo y reponer el órgano en situación normal para impedir las congestiones, es decir, practicar el raspado y colocar un pesario apropiado después de haber repuesto la matriz en anteversión. De este modo han conseguido algunas mujeres romper la serie de abortos y llevar á término los nuevos embarazos.

Segundo caso.—La subinvolución de la matriz que, después de partos repetidos, deja la cavidad del órgano muy dilatada, los elementos de la mucosa en proliferación activa, el tejido muscular re-

blandecido é hipertrofiado, es causa muy frecuente de abortos, pero también de partos prematuros en el octavo y aun al finalizar el noveno mes del embarazo; de aquéllos, por los débiles medios de sostén que la mucosa proporciona al huevo; de estos, por la enorme cantidad de sangre venosa que acumula en las lagunas utero-placentarias durante el noveno mes por el excesivo desarrollo del sistema vascular, con lo que el ácido carbónico aumenta en proporción extraordinaria, determinando de un lado la asfixia del feto y de otro las contracciones uterinas. Conocemos una señora que ha perdido por esta causa siete hijos antes de salir al mundo.

Contra este accidente, además del régimen higiénico apropiado, aconsejaremos á la mujer el ejercicio, la regular función del intestino, el uso del extracto fluído de hidrastis canadensis, si es en los tres primeros meses cuando nos consulta, á la dosis mínima de 20 gotas por mañana y tarde en agua azucarada, hasta que el embarazo llegue al principio del séptimo mes; pues desde éste hasta el momento del parto, debemos prescribirle el clorato de potasa á la dosis de 40 á 60 centígramos diarios disuelto en agua, por su acción oxigenante sobre la sangre materna y fetal; en muchos casos hemos obtenido con él resultados sorprendentes.

Tercer caso. — En la mujer nulípara, como en la que ha tenido varios hijos, pueden repetirse los partos prematuros, tan sólo á consecuencia de la obesidad, y de ellos hemos visto algún ejemplo. Según Fournier, puede ser debido este hecho á lo siguiente: 1.°, á poca vitalidad del feto, pues su nutrición está disminuída en provecho de la de la madre; 2.°, á las compresiones que el útero sufre por los órganos abdominales cargados de grasa, y á la poca reacción del tejido uterino, cuyos elementos se hallan infiltrados de dicha substancia; 3.°, (que es lo más principal para nosotros), á los trastornos de la circulación y de la respiración maternas, determinados por la sobrecarga grasosa y por la esteatose parenquimatosa del corazón; trastornos que concluyen por estancar la sangre venosa en los senos uterinos produciendo las mismas consecuencias que antes indicamos de la subinvolución. Claro está que, averiguada esta causa, el tratamiento preventivo de los abortos será el régimen y cura de la obesidad.

Cuarto caso. — Mujer que ha tenido seis partos de todo tiempo y algunos abortos, no habiendo logrado con vida más que un hijo, el cual sucumbió también poco después de nacer.

Investigada la causa, se averiguó que esta señora padece una ne-

fritis que se agudiza durante los embarazos, ocasionando la muerte de los fetos, para calmarse después de los partos, sin desaparecer completamente, puesto que la cantidad de orina está disminuída y contiene 1'40 de albúmina, algunos cilindros hialinos y epitelio renal. Vemos, pues, que la albuminuria es un elemento etiológico de gran importancia en la repetición de los abortos y no debe olvidarse tampoco su investigación, sobre todo cuando no se encuentran antecedentes sifilíticos ni lesiones del aparato genital que puedan explicar aquéllos. Y dicho se está que, una vez descubierta esta causa, es preciso plantear con rigor el régimen lácteo y el tratamiento concomitante.

Quinto caso. — Una mujer que, después de varios abortos y partos prematuros, es sometida á tratamiento para corregir una metritis crónica, logra que dos embarazos posteriores lleguen á término; pero ambos fetos, perfectamente desarrollados, mueren unos días antes ó durante el parto, sin que sea posible encontrar la verdadera causa, y, á pesar de haber hecho uso de los medios indicados para evitar la asfixia fetal dependiente de los trastornos circulatorios que suelen acompañar á ciertas lesiones uterinas. Reconocidos los anejos de ambos fetos, no presentan alteración que explique la muerte; y los cuidados del Profesor de cabecera, prevenido por la repetición de accidentes, resultan infructuosos para salvar la vida de estos seres. En casos semejantes, cuando la causa escapa á nuestra investigación y se ha seguido durante el embarazo el tratamienio preventivo, se practicará la auscultación en el comienzo del noveno mes y, rodeándose de todas las precauciones antisépticas, se procederá á provocar el parto, si los latidos cardíacos del feto nos indican que éste goza de perfecta vitalidad, á fin de adelantarnos al probable funesto desenlace de la gestación, ocurrido en los casos anteriores. Si el feto ha muerto en el curso del parto, por exceso de energía y frecuencia en las contracciones uterinas, se podrá quizás evitar en el siguiente, con los baños generales templados y los enemas de cloral repetidos.

Basta con lo expuesto, para comprender la importancia de la cuestión que á la ligera hemos tratado, y cuánto interesa á los médicos conocer las causas más frecuentes que pueden determinar la muerte prematura del feto y su expulsión, con objeto de aplicar los medios oportunos para evitarlas.

REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar. Madrid.

SUMARIO : I. Las inyecciones intrarraquidianas de cocaína, para provocar la anestesia local durante el parto.—II. Tratamiento de la disentería por el azul de metileno.—III. Asterol.—IV. Thiocol.—V. Argirina.—VI. Empleo terapéutico de los calomelanos en las enfermedades del corazón.—VII. El Guayacil.

I. Las inyecciones intrarraquidianas de cocaína para provocar la anestesia local durante el parto. — En nuestra anterior *Revista* (7 de octubre de 1900), dimos cuenta de los ensayos de cocainización de la médula verificados por Bier y Saldowitzch, é indicamos también que con dicho procedimiento, alcanzaban estos autores una anestesia completa de toda la mitad inferior del cuerpo, que permitía por su profundidad y duración, la práctica de grandes operaciones quirúrgicas, sin que el enfermo aquejase la más leve molestia.

Animado por tan brillantes resultados, el Dr. Doleris ha hecho uso de este nuevo método de anestesia en cinco mujeres que sufrían intolerables dolores durante el trabajo del parto, y en una de las cuales fué necesario verificar una aplicación de forceps.

Los experimentos se realizaron en la Maternidad de Boucicaut, obteniéndose en todos los casos resultados análogos. Diez minutos después de practicar una inyección intrarraquidiana de 2 centígramos de cocaina, hacíanse las contracciones de la matriz más enérgicas, más frecuentes, más duraderas y al mismo tiempo completamente indoloras; durante los intervalos de reposo, el útero se mantenía en un estado de semicontracción bastante apreciable, y una vez terminado el primer período del parto con la salida del feto, la expulsión de las secundinas se verificaba casi inmediatamente.

Además, las pérdidas de sangre han sido menores que en circunstancias ordinarias, hasta el punto de que en un caso de placenta previa, la hemorragia se cohibió espontáneamente antes de la rotura de las membranas, y no se han manifestado otros trastornos consecutivos que algunos vómitos poco molestos, que desaparecieron sin ningún tratamiento en brevísimo plazo.

La duración de la anestesia varió entre una hora y cuarenta y siete minutos y dos horas y cuarto.

Aunque el Dr. Doleris reconoce que las observaciones recogidas por él hasta la fecha, son poco numerosas, cree, sin embargo, que la constancia é invariabilidad de los efectos alcanzados, le autoriza para establecer las siguientes conclusiones provisionales:

1.ª Que la inyección intrarraquidiana de 2 centígramos de clorhidrato de cocaína al nivel de la región lumbar, suprime por completo los dolores de parto.

2.ª Que aumenta la energía de las contracciones de la matriz, facilitando, por consiguiente, el alumbramiento.

3.ª Que obra á la vez como hemostático, reduciendo las pérdidas de sangre.

4.ª Que no tiene efectos secundarios de importancia ni sobre la madre ni sobre el feto.

II. **Tratamiento de la disentería por el azul de metileno.** — Teniendo en cuenta que el violeta de metilo es un poderoso antiséptico, un analgésico bastante activo y un colagogo no despreciable, el doctor Berthier (médico mayor de primera clase del ejército francés) ha tenido la idea de aplicarlo al tratamiento de la disentería, verificando sus ensayos en gran número de soldados disentéricos repatriados de Madagascar.

El procedimiento de dicho profesor es bien sencillo, pues se reduce á practicar de dos á cuatro irrigaciones rectales todos los días, con una disolución acuosa de pioctanino azul al 0'10 ó 0'20 por 1000.

Esta solución debe calentarse, hasta que adquiera una temperatura próximamente igual á la del cuerpo, é inyectarse en cantidad de medio litro cada vez, los primeros días, y de un litro cuando la irritabilidad intestinal haya cesado, ó, por lo menos, disminuído considerablemente.

Para que las irrigaciones resulten eficaces, conviene colocar al enfermo en posición horizontal y con la pelvis algo elevada; recomendarle mucho que retenga la inyección todo lo posible y practicarla en varios tiempos y muy poco á poco, con objeto de no estimular demasiado los intestinos. Al principio, basta con 20 centígramos de azul de metileno, diluídos en 2 litros de agua, para inyectar en cuatro fracciones, con intervalos iguales entre cada una. Después, y cuando ya se haya iniciado la mejoría, puede elevarse la cantidad de medicamento hasta 40 ú 80 centígramos, diluídos en 4 litros de agua, para inyectar uno cada seis horas.

Los resultados de tal medicación, han sido, en todos los casos, notabilísimos; pues los dolores cólicos desaparecen en muy breve pla-

zo, de igual manera que el tenesmo y los pujos; la frecuencia de las deposiciones disminuye, desde luego, de un modo continuo y progresivo; remite la fiebre, en caso de haberla, y la bilis aparece en las materias fecales á la primera ó segunda irrigación, cuando más tarde al segundo día.

Como palpable ejemplo y demostración incontrovertible de los inmensos beneficios que puede reportar esta nueva aplicación del pioctanino, el Dr. Berthier relata la historia clínica de un soldado repatriado de Madagascár, gravemente enfermo de disentería. Las deposiciones, que se repetían cada cinco minutos, estaban compuestas por una pequeña cantidad de moco, teñido de sangre; iban precedidas de violentos dolores cólicos y acompañadas de tenesmo y pujos; el rostro estaba muy pálido; la lengua aparecía muy saburrosa; existía gran fetidez del aliento, y la temperatura no bajaba de 38 grados.

Después de cuatro días de observación, se recurre á las irrigaciones de solución acuosa de azul de metileno en la forma antes indicada. A la primera, desaparece el tenesmo y disminuye la frecuencia de la diarrea; al segundo día de medicación, las deposiciones se presentan teñidas por la bilis; al quinto, los excrementos son sólidos, de color amarillo obscuro, y no contienen sangre; al octavo, la curación es completa y definitiva.

III. **Asterol.**—Es una mezcla de parafenol sulfacido de mercurio y tartrato amónico, que se presenta bajo forma de polvo amorfo de color grisáceo, poco soluble en agua fría y que contiene 15'7 por 100 de mercurio metálico.

Según Steinmann (*Berliner Klinische Wochenschrift*), las disoluciones de este compuesto poseen una acción bactericida mucho más enérgica que las del sublimado, acción que ha sido plenamente confirmada por Karcher. Sin embargo, su poder tóxico no guarda relación con la gran actividad de los efectos antisépticos que dejamos consignados, pues diversas clases de animales han soportado sin trastorno alguno, la inyección hipodérmica de 20 á 40 miligramos de asterol, por kilogramo de peso.

IV. **Thiocol.**—Nuevo compuesto de guayacol muy soluble en el agua y desprovisto por completo de toda acción tópica irritante.

Químicamente, puede ser considerado como un *artoguayacol sulfuroso potásico* que se presenta en forma de polvo blanco cristalino, inodoro, de sabor débil no desagradable y soluble en cuatro partes de agua fría, pero insoluble, por completo, en los aceites fijos.

El Thiocol, posee la misma acción terapéutica que los carbonatos

de creosota y de guayacol (Creosotal y Duotal), con la inmensa ventaja de no dar origen á trastornos digestivos de ninguna clase. Además, y según se deduce de las experiencias de Rosbach y Jaquet, se absorbe, por vía gástrica, un 70 por 100 de la dosis administrada, mientras que de los demás compuestos de guayacol y creosota, sólo se absorbe una décima parte del total ingerido.

Marcus, Gessler y Schwarz (*Correspondenzblatt*, 1899 *y Klinische therapeutischen Wochenschrift*, 1898) aseguran haber obtenido resultados notabilísimos en la tuberculosis pulmonar y catarros bronquiales subagudos y crónicos, empleando dosis muy altas (3 á 15 gramos diarios) del medicamento que nos ocupa. Por mi parte, he tenido ocasión de observar los buenos efectos de la referida droga, en un enfermo de tuberculosis. A los pocos días de medicación (haciendo uso al principio de dosis de 3 gramos cada veinticuatro horas y aumentando después hasta llegar á 6), remitió la fiebre, disminuyó la tos, se alivió la disnea, renació el apetito y mejoró considerablemente el aspecto de los esputos.

Con respecto á la perfecta tolerancia del estómago, para con este nuevo compuesto de guayacol, yo mismo he estado tomando la mencionada dosis de 3 gramos diarios, durante una semana, sin observar el más ligero trastorno por parte del aparato digestivo.

Ultimamente, el Thiocol, que carece por completo de olor y sabor desagradables, puede administrarse en sellos, en jarabe, en té, en café, en leche ó en agua azucarada.

V. **Argirina.**—Según Arlant (*Novidades Medico-Pharmaceuticas*, de Oporto), este nuevo producto, que constituye el principio activo del castaño de Indias, goza de propiedades vaso constrictoras sumamente activas, utilizadas por dicho profesor con excelente resultado en el tratamiento de las hemorroides, pues basta la administración por vía gástrica de 2 ó 3 centígramos del medicamento, en forma de píldoras, para disipar con gran rapidez las más violentas crisis hemorroidales.

Los experimentos practicados hasta ahora en los conejos, han venido á demostrar que la argirina introducida en el estómago, produce la muerte en dosis de 1 centígramo por kilogramo de peso del animal. En cambio, si la misma dosis se administra por vía súbcutánea, abole por completo la sensibilidad durante veinticuatro horas, pero sin llegar en ningún caso á producir la muerte.

VI. **Empleo terapéutico de los calomelanos en las enfermedades del corazón.** Con objeto de demostrar el valor de los preparados mercuriales en el

tratamiento de las afecciones cardíacas, el Dr. Beatty ha practicado multitud de experimentos, de los que se deduce que dichos compuestos medicamentosos (sobre todo los calomelanos), resultan indicados y pueden proporcionar grandes beneficios en los casos siguientes:

1.° En los éxtasis venosos dependientes de lesiones crónicas de la válvula mitral, caracterizados por pulso blando, irregular y rápido, signos físicos de insuficiencia ó de estrechez mitral y de dilatación del corazón, grandes latidos de los vasos del cuello, infarto congestivo del hígado, orina escasa muy coloreada y albuminosa, y grandes edemas, anasarca ó ascitis.

2.° En los éxtasis venosos generalizados dependientes de una insuficiencia mitral, á su vez originada por una insuficiencia aórtica de larga fecha.

3.° En los éxtasis venosos consecutivos á dilatación y atonía del corazón derecho, causadas por bronquitis ó enfisemas graves.

4.° En los éxtasis venosos generalizados debidos á dilatación cardíaca consecutiva á una hipertrofia del mismo órgano, y cuyo primitivo origen reside en una nefritis intersticial crónica.

5.° En los casos de dilatación del corazón con hidropesía general; pero sin lesión de los orificios ni de las válvulas, apreciable por el examen físico, ni enfermedad renal.

En tales circunstancias, el calomelano actúa como diurético y purgante. A los cinco ó seis días de tratamiento, cuando más tarde á los ocho, comienza el alivio; mejora el estado general del enfermo, aumenta la cantidad de orina hasta tres litros en las veinticuatro horas y disminuye la importancia y extensión de las hidropesías. Poco tiempo después (generalmente á las dos semanas) desaparecen ó por lo menos se atenúan de un modo notable, todos los síntomas de congestión venosa general.

El mecanismo de tan importantes efectos terapéuticos no está aún bien explicado; pero teniendo en cuenta lo mucho que aumentan los compuestos mercuriales, la cantidad de orina; recordando que no estimulan ni favorecen directamente la actividad contráctil del miocardio, y considerando, á la vez, que el referido aumento de diuresis, sólo se observa cuando existen hidropesías, prolongándose tanto tiempo como duran éstas, es lógico pensar que los indicados compuestos de mercurio activen por un lado la absorción del líquido de los edemás, y aumenten por otro la actividad funcional de los epiteliums del riñón, al ser en gran parte eliminados con la excreción uri-

naria, de igual modo que exageran la de las glándulas salivares al eliminarse también con la saliva.

En cuanto á la manera de administrar el medicamento, Beatty hace uso de las dosis pequeñas y á menudo repetidas, empleando píldoras de á 3 centígramos de calomelanos, repetidas cada cuatro horas, noche y día, durante dos semanas. Si el pulso aparece irregular, débil y frecuente, añade al protocloruro de mercurio la digital y la escila en dosis variable, según las indicaciones particulares de cada caso. Cuando estas píldoras producen diarrea se combinan con el uso del polvo ó del extracto de opio en cantidad de 3 á 6 centígramos del primero y 1 á 3 del segundo cada veinticuatro horas.

Si al cabo de algún tiempo de emplear el mercurio sobreviene la salivación, se suspende el uso de la referida droga, para administrar, en vez de ella, el citrato de hierro amoniacal combinado ó no con los tónicos cardíacos, según el estado del pulso.

VII. **El guayacil.** — Es un nuevo anestésico local estudiado por Followell, que representa la sal cálcica del ácido guayacil-sulfuroso (derivado sulfo-conjugado del guayacol).

Según el *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, este compuesto, cuya fórmula química es $(C^7H^7O.SO^3)^2Ca$, se presenta en forma de polvo gris muy soluble en el agua, y administrado por vía subcutánea á la dosis de 5 á 10 centígramos en solución acuosa al 1 por 10 ó por 20, determina una anestesia circunscrita á los tejidos con quienes se pone en contacto, pero lo bastante completa para permitir realizar todo género de pequeñas operaciones, sin sufrimiento alguno por parte del enfermo, y sin que sobrevengan accidentes ni trastornos generales de ninguna clase.

El Dr. Followell ha practicado, aprovechando esta anestesia, la extirpación de algunos ganglios y lipomas; la dilatación de varios abscesos y flemones difusos y la incisión de una fístula de ano. Las dosis empleadas oscilaban entre 5 y 15 centígramos, censiguiéndose cinco veces la insensibilidad completa y otras cinco una analgesia suficiente para mitigar los sufrimientos del acto operatorio, pero no absoluta. En una ocasión no produjo resultado.

También se ha ensayado en 24 casos de extracciones dentarias, inyectando de 5 á 10 centígramos. El éxito fué satisfactorio en 22.

Después de la inyección es necesario esperar ocho ó diez minutos, para que la anestesia se manifieste.

Conviene, además, tener en cuenta, que la mucosa uretral no es anestesiada por el medicamento. En cambio, la vesical se insensibiliza rápidamente al contacto de las referidas soluciones.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LA INFANCIA, por el Dr. Julio Comby, traducción de la 3.ª edición francesa, por el Dr. D. Andrés Martínez Vargas. — Barcelona, 1900.

La imperiosa necesidad de no alterar el turno cronológico de la presentación de trabajos á la Redacción de esta REVISTA, obliga á que en estos momentos nos ocupemos de dar cuenta á nuestros lectores de la aparición de una edición nueva de la obra del célebre pediatra de París, el Dr. Comby, traducido al castellano por el distinguido Catedrático de enfermedades de los niños, de la Universidad de Barcelona, Dr. Martínez Vargas.

Mas nunca es tarde para advertir que existe lo bueno á los que lo desconozcan, y recordar á los que de ello se hubieran apercibido, las ventajas de su posesión. Esto sucede con la obra del Dr. Comby, satisface tanto su lectura, que á semejanza de las obras de Henoch, Lewis-Smith y otras traducidas al castellano, así como la publicada por Grancher, Comby y Marfan, aun no traducida del francés, y otras de indiscutible mérito, deja el ánimo relativamente tranquilo cuando se busca autoridad científica, caudal de ciencia y claridad de exposición.

El método á que se ajusta la obra de Comby, para desarrollar todo cuanto á Pediatría se refiere, no puede ser más aceptable. Después de algunas consideraciones sobre higiene, fisiología y terapéutica de la infancia, las suficientes para el estudio de la Patología que es su principal objeto en esta obra, desarrolla su trabajo en dos partes: una destinada á la exposición de las enfermedades generales (infecciosas y distróficas), y otra á las enfermedades locales ó de órgano y regionales ó de sistema, mas el capítulo de gran interés y bien estudiado, de enfermedades de la piel, tan necesitado de co-

nocer á fondo por el especialista, si se tiene en cuenta el número de casos que es preciso tratar en la práctica; y la importancia que la diferenciación de las lesiones tiene para establecer un científico y acertado tratamiento.

No hemos de ocultar que en la descripción de algunas enfermedades se echa de menos la autorizada opinión del Dr. Comby, que por razones que no adivinamos, aunque serán muy estimables, no ha querido dar á conocer en su obra el resultado de sus investigaciones. Tal sucede al tratar de la difteria, en cuya sección nada dice del tratamiento por el suero, el valor que atribuye á la intubación, y al capítulo aun en evolución clínica de las manifestaciones anormales posteriores á la aplicación del suero antidiftérico, etc., así como de alguna otra enfermedad. Una obra como la suya, de tanta aceptación, bien merece que no adolezca de esta deficiencia que en gran parte ha sido corregida por la ilustración del Dr. Martínez Vargas, quien ha aprovechado esta ocasión para ampliar con el fruto de propia observación, algunas materias que lacónicamente trata ú omite el Dr. Comby en su obra. No obstante esta observación que nos ha sugerido la lectura de esta obra, declaramos que nos satisface en extremo y responde á las exigencias de la moderna Pediatría. Cierto es que para el público médico español, lleva la garantía de la firma del traductor, suficiente para asegurar el éxito de cualquiera obra de la especialidad, si el propio mérito de la obra no la recomendase, así como la notoriedad científica del Dr. Comby, su autor, pediatra distinguido por su indiscutible mérito.

La clase médica, pues, cuenta con una excelente obra de estudio, en donde puede verse cuanto interesante se refiera á las enfermedades de la infancia.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Quiste sero-mucoso pre-tiro-hioideo consecutivo á un traumatismo. — En los *Archivos latinos de Rinología, Laringología y Otología*, de Barcelona, publica el Dr. Botey el caso clínico referente á Eduardo Mollo, de treinta y siete años, empleado, que recibió hace quince meses un fuerte golpe en la región anterior del cuello, inmediatamente por debajo de la barba. Según expresión

suya, se le hinchó por arriba la nuez de Adán á las pocas horas del porrazo, doliéndole bastante los primeros días, en los cuales tuvo además alguna dificultad en la deglución.

Presentóse á la consulta del Dr. Botey, el 18 de enero de 1897, después de haber ensayado las cataplasmas, la tintura de iodo y diversas unturas resolutivas, completamente en vano durante más de un año.

El aspecto de su cuello era, en efecto, característico; presentaba, inmediatamente por encima del cartílago tiroides un abultamiento redondeado, muy saliente, del tamaño de un huevo de paloma, perfectamente redondeado, duro á la presión, casi como si fuese sólido, resistente al tacto, indolente, no adherido á la piel ni á los tejidos circundantes, fuertemente pegado al hioides por arriba y á la extremidad superior del tiroides por abajo.

Instituyó el diagnóstico de *higroma pre-hio tiroideo*, recordando que en los periódicos de la especialidad había visto consignado algún caso de esta índole.

Con una jeringa hipodérmica de 3 gramos de capacidad, armada de su correspondiente aguja, perforó horizontalmente la piel y las paredes del quiste, sujetando á éste con los dedos de la mano izquierda para que no resbalara, al introducir perpendicularmente en el plano medio y en el interior del higroma la punta de la aguja. Introducida ésta á una profundidad de más de un centímetro, aspira poco á poco con el émbolo, llenándose el recipiente de un líquido espeso, filamentoso, oleaginoso y ligeramente amarillo-sucio, aunque transparente.

Se trataba, en efecto, de una inflamación aséptica, esto es: no purulenta de la bolsa serosa de Boyer, situada, como es sabido, por delante de la membrana hio-tiroidea y destinada á facilitar los movimientos del hueso hioides.

Esta punción del quiste fué seguida en el acto de la inyección de un gramo aproximadamente de solución iodo-iodurada bastante fuerte. La tumoración, que había decrecido por la evacuación de este contenido, volvió á los ocho días á su primitivo volumen. Otra inyección igual seguida de muchas otras cada diez ó doce días, previo vaciado del contenido del higroma, no produjo en el espacio de un trimestre modificación sensible alguna. El enfermo, por último, aburrido de tantos sufrimientos inútiles, y aterrorizado con la idea de la extirpación radical del quiste que le propuso el Dr. Botey, como único medio seguro de curación, no compareció más á la consulta.

La consecuencia que puede sacarse de este caso, es que la punción de semejantes quistes, seguida de evacuación de su contenido y de la inyección iodo-iodurada, es completamente ineficaz cuando no existe inflamación supuratoria de sus paredes.

Desde aquella fecha ha tenido ocasión de observar otros dos casos idénticos á éste, y después de haber, por tan sólo algunos días, ensayado la punción seguida de las inyecciones iodadas, pudo en uno de ellos ejecutar la extirpación total del quiste, pues el otro enfermo desapareció también de su vista, como el primero que acaba dé historiarse.

Ejecutó una incisión crucial en la región tiro-hioidea, disecando después minuciosamente la bolsa entera, hasta en sus prolongaciones profundas bajo el hioides, con lo cual, y á costa de una cicatriz poco visible, logró evitar en absoluto toda índole de recidiva.

Refiriéndose á otra enferma también con un quiste pre-hio-tiroideo, dice «Su abultamiento característico, á diferencia del de los casos anteriores, es un tanto doloroso á la presión algo enérgica, y la punción, seguida de aspiración de su contenido, arrastró un líquido espeso y *semi-purulento*. Existe, pues, aquí inflamación sero-purulenta del quiste, y variando así las cosas, quiere ensayar aquí las inyecciones iodo-ioduradas, las cuales confía originarán esta vez una adherencia de sus paredes, cosa que no puede lograrse cuando no existe supuración de las mismas.

»Me inclino tanto más á valerme de este tratamiento cuanto se trata de una enferma con producciones polipoideas tuberculosas de la laringe, y cuyo enflaquecimiento es bastante pronunciado.

»Después de la primera punción evacuadora, seguida de inyección de una muy fuerte solución iodo-iodurada, el abultamiento subhioideo permanece más reducido. Ejecuto otra punción con la consabida inyección iódica, y disminuye aún más el bultito en cuestión. Por último, una tercera intervención de esta índole resuelve por completo el proceso».

Conclusión: Cuando al aspirar con la jeringa el líquido de un quiste prehio-hioideo, sale una serosidad espesa y amarillenta, sin pus, las inyecciones iódicas son inútiles; la extirpación es el único remedio radical. Si sale pus, y existen, por lo tanto, señales de inflamación, las inyecciones iodo-ioduradas, previa aspiración del contenido del quiste, pueden perfectamente producir la adherencia de sus paredes, y por lo tanto, la curación, sin necesidad de apelar á otra intervención de mayor cuantía.

Cálculo vesical diagnosticado por los rayos Röntgen.—Los Dres. C. Comas y A. Prió, publican en la *Revista de Medicina, Cirugía y Farmacia* de Barcelona, el caso clínico referente á un enfermito del Hospital de la Santa Cruz, que examinaron en consulta:

«Niño de once años, ingresó á principios de agosto, con los síntomas racionales de litiasis vesical. No habiendo dado resultado positivo un cateterismo explorador, se envió al enfermo al Gabinete de los Dres. Comas y Prió, quienes reconocieron la existencia de un cálculo voluminoso.

Al día siguiente quedó el enfermo sin poder orinar, como no fuera á largos intervalos y en cantidades pequeñísimas, quedando la vejiga distendida de manera que ocupaba el hipogastrio hasta cerca del ombligo, algo más prominente en la parte derecha que en la izquierda; retención y asimetría que ya existían, bien que en menor grado, en el momento del ingreso del enfermo. Se ensayó algunas veces el cateterismo evacuador que era muy laborioso, pero que permitía hacer entrar en la vejiga una larga porción de sonda sin que, á pesar de esto, saliera orina. En vista de estos hechos y de que la sonda al entrar en la vejiga rozaba con una pared desigual y como carnosa, se creyó en la existencia de una neoplasia que se aplicaba al orificio uretral y que ocupaba la parte baja de la vejiga, al paso que la orina quedaba retenida por encima de la neoplasia, sin que la sonda pudiera llegar hasta ella. Como medida sintomática para vaciar la vejiga y para extirpar el tumor, á ser posible, se practicó la talla hipogástrica, la cual demostró, una vez abierta la pared vesical, la existencia en la cavidad de ésta de una masa blanda, que sangraba al ser dislacerada con el dedo y que estaba

implantada en la pared vesical anterior. Al través de esta masa pudo llegarse al interior de la vejiga y entonces se palpó un cálculo voluminoso que fué extraído sin particular dificultad.

El enfermo, que había quedado muy colapsado desde un cateterismo practicado el día anterior, siguió colapsándose y falleció á las treinta y seis horas, durante las cuales la orina salió libremente por la herida que había quedado abierta».

A muchas consideraciones clínicas se presta el caso expuesto, pero los Dres. Comas y Prió sólo lo estudian desde el punto de vista del diagnóstico radiográfico. El enfermito fué examinado con el auxilio de los rayos Röntgen para afirmar el diagnóstico de cálculo vesical que racionalmente se estableció por los síntomas que presentaba; vino después el cateterismo explorador, procedimiento puramente físico, y este fué el que indujo á error, proporcionando al prático signos verdaderos, pero engañosos, pues si bien correspondían á lo que por el cateter metálico le era posible apreciar, no podían de ninguna manera poner en evidencia las circunstancias especiales del caso y, por tanto, inducían fácilmente á sentar un diagnóstico falso en el ánimo del médico; diagnóstico imposible de esclarecer por los procedimientos usuales.

Se procedió primeramente á una inspección radioscópica, y por ésta se pudo observar la existencia en la vejiga de una masa ovalada, opoca y cuyos contornos se confundían, en algunos puntos, con el perímetro interior de la pelvis. Su volumen extraordinario les hizo vacilar acerca de la exacta apreciación de su naturaleza, si bien la sombra intensa que se dibujaba en la pantalla fluoroscópica nos inclinaba á creer en la existencia de un cuerpo denso, duro y de naturaleza compacta. Para desvanecer todo resto de duda, se procedió á la obtención de una radiografía y esta demostró claramente que la masa en cuestión estaba constituída por un cálculo, cuyo tamaño y forma lo asemejaban á un huevo de gallina. El diagnóstico era, pues, patente desde el punto de vista radiográfico.

Pero se practica el cateterismo explorador y por éste sólo puede deducirse la existencia de una masa blanda, carnosa y desigual. Parece inexplicable que tratándose de un cálculo tan voluminoso como el puesto de manifiesto por los rayos Röntgen no se produjera con el cateter la sensación ó ruído característicos. Se creyó, como era natural deducir de este resultado, en una neoplasia. Sin embargo, la radiografía revistió un carácter irrecusable, ninguna masa neoplásica podía dibujarse en la placa con la intensidad ni la regularidad de contornos que presentaba la imagen obtenida. La intervención aclaró definitivamente el diagnóstico, explicando á la vez el por qué del error determinado por el cateterismo; el cálculo apareció completamente rodeado por una masa de vegetaciones carnosas formando una gruesa capa que fué preciso dislacerar para llegar hasta la piedra. Esta masa carnosa fué la que amortiguando á manera de almohada el choque del cateter, transmitió hasta la mano del médico la sensación de un cuerpo blando.

Que el cateterismo puede inducir á error es evidente. En cambio, el diagnóstico radiográfico no sólo resulta seguro respecto á la presencia del cálculo sino que también proporciona datos exactos sobre su volumen, interesantísimos para la intervención, evitando, por otra parte, las molestias que

al enfermo ocasioca la introducción en la vejiga de una sonda ó explorador metálico, especialmente cuando se trata de niños ó ancianos. Es casi innecesario señalar que en este caso la cistoscopia hubiera conducido al mismo erróneo resultado que el cateterismo explorador.

Por su forma y volumen, el cálculo extraído podía compararse con un huevo de gallina. Su peso es de 66 gramos y está formado de un núcleo de oxalato de cal recubierto por una espesa capa de fosfatos. En una radiografía obtenida del cálculo aislado, se dibuja perfectamente en el centro el núcleo oxálico, mucho más opaco para los rayos Röntgen que la capa exterior de fosfatos; en esta última puede observarse con toda claridad la disposición que tomaron los cristales fosfáticos al depositarse para rodear el núcleo primitivo. El cálculo mide en el sentido de su mayor longitud 5'7 centímetros por 4'6 centímetros de grueso.

La frecuencia de la litiasis vesical y la facilidad con que puede confundirse con otras enfermedades, hacen de la radiografía un precioso recurso diagnóstico muy superior, por la seguridad que proporciona y por ser completamente inofensivo, al cateterismo y demás recursos físicos de exploración vesical. Son tan pocos los casos en que puede inducir á error, que no deben apenas tomarse en cuenta, siendo debidos casi siempre á la imposibilidad de obtener un buen cliché á causa de la mala voluntad del enfermo ó bien á defectos de técnica. En adelante, á medida que se multipliquen en Clínicas y Hospitales las instalaciones Röntgen, será este el único medio á que se recurrirá para sentar el diagnóstico de cálculo vesical. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 28 *de Noviembre de* 1900.

Tratamiento de la neurastenia. — El Dr. CAUTRU: En los enfermos neurasténicos, cuya secreción gástrica es hiperácida, he obtenido buenos resultados con el empleo del ácido fosfórico.

El Dr. LEGENDRE: La medicación fosfórica prolongada provoca un aumento de volumen del hígado, el cual, al propio tiempo, se hace doloroso. Por otra parte he observado en algunos casos una diarrea muy persistente. Por estas razones desearía que se emprendieran experimentos para precisar las indicaciones y contraindicaciones de esta medicación.

El Dr. CAUTRU: Las alteraciones hepáticas sólo se presentan en los enfermos cuyo hígado ya está interesado.

El Dr. GALLOIS: Es necesario indicar, que la causa de la neurastenia no

es con frecuencia única. De ordinario intervienen en un mismo individuo una serie de causas para provocar la aparición de la neurastenia.

Variabilidad de las secreciones en la neurastenia. — El Dr. Linossier : No existe forma urológica característica de la neurastenia; si se han observado frecuentemente en los neurasténicos las alteraciones de la nutrición propias del artritismo, es porque éste prepara perfectamente el terreno á la neurastenia ; pero creo inexacto el considerar esta última como una manifestación del artritismo, como son consideradas la litiasis biliar ó la urinaria ; creo que entre los dos debe haber las mismas relaciones que hay entre la tabes y la parálisis general con la sífilis, y si no fuera del todo inútil crear un término nuevo, la llamaría una afección *paraartrítica*. Lo que me parece más característico en la excreción urinaria de los neurasténicos, es su variabilidad. En estos enfermos se observan alternativas de oliguria y de poliuria, variaciones importantes en las proporciones diarias de los elementos normales de la orina y eliminación momentánea de elementos anormales, albúmina, peptonas y azúcar. La variabilidad también se observa por oscilaciones excesivas de la glicosuria en los neurasténicos diabéticos y por variaciones de la albuminuria en los albuminúricos. Esta variabilidad de la secreción urinaria, no es más que una de las manifestaciones de la variabilidad de las secreciones en general. He observado frecuentemente variaciones importantes de la secreción gástrica y también puede descubrirse la irregularidad en la secreción salival y en la sudoral. La variación sólo tiene la apariencia de espontánea. En realidad, dependen de varias causas, las cuales son desproporcionadas con el efecto producido y pasan, con frecuencia, inadvertidas. La variabilidad de las secreciones, es pues, una expresión de la facultad de reaccionar á las menores excitaciones de esta *debilidad irritable*, que continúa siendo la característica más saliente del estado neurasténico.

Algunos empleos de la quinina. — El Dr. Huchard : La quinina ha dado ya muy buenos resultados como hemostático á Gueneau de Mussy, y en el tratamiento del bocio á Paulesco, Regnier, Soulié y á mí. La administro en la siguiente forma : Durante la primera semana, un gramo y medio de bromhidrato de quinina por día en tres dosis ; durante la segunda semana, un gramo por día ; y durante la tercera semana, medio gramo por día. También produce buenos resultados en la insuficiencia aórtica y en el síndrome llamado taquicardia ortostática.

Los metales pesados y la hemoglobina. — El Dr. Cervelló : He practicado una serie de experimentos en animales (gallos y perros) nutriéndolos con alimentos poco ricos en hierro. He visto que la hemoglobina aumentaba administrando á dichos animales, las sales de mercurio, zinc, cobre, cobalto y nikel. Estas nociones han sido aplicadas al dominio terapéutico en enfermos que padecían anemias secundarias y la hemoglobina aumentó en la proporción del doble en el espacio de dos meses. He observado que el glóbulo rojo sufría una sobrecarga de hemoglobina y que no había un aumento notable del número de glóbulos rojos. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARIS

Sesión del día 12 de Diciembre de 1900.

Inundación peritoneal por rotura de un embarazo ovárico.—El Dr. Tuffier: Se trata de una observación del Dr. Letoux, referente á una mujer de treinta y cuatro años que, sin habérsele suspendido la menstruación, tuvo bruscamente un acceso de dolores abdominales con todos los signos de una hemorragia interna. El Dr. Letoux, llamado á las veinticuatro horas, intervino inmediatamente: el peritoneo estaba lleno de sangre; el útero era normal, pero el ovario derecho estaba rasgado; extirpó los anejos é hizo la limpieza y el desagüe del peritoneo. Al examen histológico, el ovario estaba sano, pero había un quiste folicular que se había roto. No se trataba, pues, de un embarazo ovárico roto, sino de la rotura simple de una vesícula.

El Dr. Delbet: He observado un caso de inundación peritoneal mortal, debido á la rotura de una vena del ligamento ancho. El útero y los anejos estaban sanos.

Nuevo procedimiento de hemostasia del hígado. — El Dr. Walther: Este procedimiento nos ha sido presentado por el Dr. Chapot-Prevost, que lo ha empleado en un mónstruo toraco-xifopago. Se procede así: una vez incindidos los tegumentos por debajo de las falsas costillas, y puesto al descubierto el puente del hígado, el autor pasó en cada lado, á través de la piel y de dicha víscera, tres hilos dobles, cuyo punto de apoyo eran paquetes de gasa. En una palabra, ha practicado una sutura enclavijada, que comprendía los tegumentos y la substancia hepática. Cortados los hilos, seccionó el hígado, suturó una de las serosas pleurales y reunió los labios de las heridas. Una de las operadas ha curado y la otra ha sucumbido al sexto día, á consecuencia de una pleuro-pericarditis.

Obliteración de las fístulas intestinales por un nuevo procedimiento.—El doctor Peyrot: Este nuevo procedimiento de obliteración de las fístulas intestinales nos ha sido comunicado por el Dr. Rauchet. En lugar de desprender las adherencias vecinas del orificio fistuloso y de obliterar éste directamente, incinde el asa intestinal vecina y sutura borde á borde esta incisión al orificio fistuloso. El éxito de la operación, en un caso, ha sido perfecto. En otro caso, la fístula estaba situada en el intestino grueso y se abría entre dos asas delgadas unidas; el autor hundió la fístula en las dos asas, después de haberla hecho comunicar también con ellas.

El Dr. Tuffier: Por mi parte, creo que es necesario desprender ampliamente las partes adherentes para ver con claridad la fístula y suturarla.

El Dr. Michaux: Participo de la misma opinión que el Dr. Tuffier.

El Dr. Delbet: A propósito de la primera observación, recordaré que hay un antiguo procedimiento que se emplea ordinariamente en la práctica, que consiste en la unión de serosa á serosa, sin penetración en el asa vecina.

Ablación de una compresa contenida en el intestino.—El Dr. Chaput: Trátase de una mujer en la que se hizo varias veces en provincias la laparotomía; en una de dichas operaciones tuvo una gran hemorragia intra-abdominal, que se contuvo con compresas. Después tuvo una hernia ventral en el

sitio de la cicatriz, hernia que se estranguló y fué operada por el Dr. Duret (de Lille) en 1897. Yo mismo ví á la enferma en 1898 por una fístula piostercoral en la cicatriz. En este momento, presentaba la enferma algunas veces accidentes de obstrucción intestinal. Hice la laparotomía y encontré una gran masa dura, en medio de las adherencias, en la fosa ilíaca izquierda. El tumor estaba formado por un asa del intestino grueso muy dilatada; la incindí, y encontré dentro una compresa, fuertemente endurecida y embebida de materias fecales; extraje la compresa y suturé el intestino; la curación ha sido completa; ¿cómo esta compresa, olvidada en el vientre, ha entrado en el intestino?; probablemente por compresión y después por ulceración.—CODINA-CASTELLVÍ.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 6 *de Diciembre de* 1900.

Retroflexión del útero grávido. — El Dr. W. J. Sinclair dijo que en el caso de retroflexión del útero grávido, los síntomas producen un conjunto característico que permiten hacer con facilidad el diagnóstico. El síntoma más constante y característico es la irritabilidad de la vejiga con más ó menos retención de orina. Los trabajos publicados sobre el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, tienden á exagerar la frecuencia de las complicaciones. El tratamiento operatorio se emplea con demasiada frecuencia. El método especial de tratamiento, aconsejado por el Dr. Sinclair, es sencillísimo. Consiste, en esencia, en la introducción de un pésario de resorte, vaciando antes la vejiga y el recto. Después de introducido el pesario, la enferma debe permanecer en decúbito lateral. Basta la acción del pesario para en pocas horas reponer el útero en su posición natural. El Dr. Sinclair ha empleado con éxito este método en 15 casos. En uno de ellos se confundió un fibroide del fondo del útero con un útero grávido. El pesario redujo el tumor. Después del aborto y de la subinvolución, está recomendada la ventrifijación del útero en los casos de retroflexión con adherencias.

El Dr. Alba Doran manifestó que la retención de orina y la irritabilidad de la vejiga son síntomas importantes para el diagnóstico. Los casos recientes de Konrad, de Buda-Pesth, son interesantes. El tratamiento se empleó demasiado tarde. El aborto y el esfacelo de la mucosa de la vejiga, ocurrieron tres días después de reducirse el útero. Gemmeld, de Liverpool, ha publicado el caso de una mujer que tuvo dolor abdominal y retención de orina en el tercer mes del embarazo; se sospechó una dislocación del útero grávido hacia atrás. Practicada la laparotomía, se vió que la causa de todo era un fibroide que fué enucleado. El embarazo llegó á término. Respecto á la dificultad de mantener el útero reducido, citó el caso de Szanto, en el que la dislocación se atribuyó á la relajación de los ligamentos uterinos producida por una fiebre tifoidea. El útero se redujo con la mano. En estos casos, es casi seguro que se reproducirá la dislocación.

El Dr. Inglis Parsons indicó que en estos casos obra perfectamente el pe-

sario de pelota de aire. Prefiere este método gradual al más rápido de reposición manual, porque expone menos á producir el aborto. Los casos de retroversión con adherencias no son frecuentes; jamás ha observado el embarazo en un caso de este género. Si existe esta complicación, es preciso abrir el abdomen, romper las adherencias y esperar el término del embarazo.

El Dr. Galabin dijo que el trabajo del Dr. Sinclair es importante por llamar la atención sobre un método de tratamiento eficaz. No cree que este tratamiento sea superior al más sencillo de la taxis inmediata. Acostumbra á colocar á la enferma en la posición genupectoral y á comprimir sobre el fondo primero desde la vagina y si es ineficaz esta compresión desde el recto. Según su experiencia, la anestesia sólo es necesaria en el 5 por 100 de los casos. Desde hace veinticinco años acostumbra á reducir las retroversiones del útero grávido en la sala de consultas, sin permitir que las enfermas ingresen en el Hospital. En ciertos casos, sólo es practicable la taxis estando anestesiada la enferma. Ha conseguido siempre reducir el útero y jamás ha necesitado provocar el aborto, aunque desde hace bastantes años sólo emplea la taxis inmediata. Su experiencia concuerda, por lo tanto, con la del Dr. Sinclair respecto á la rareza de las adherencias fuertes en las retroversiones del útero grávido. Jamás ha visto la taxis ir seguida inmediatamente de aborto, pero ha observado casos de abortos consecutivos á la complexión elástica. No ha empleado el pesario de resorte como tratamiento primitivo, pero sí para sostener el útero reducido y cuando la reducción no es completa.

El Dr. Drummond Robinson refirió el caso siguiente, que observó siendo estudiante en la Clínica del Dr. Matthews Duncan: La enferma, primípara, de veintiún años, tuvo retención de orina el 6 de noviembre seguida de rebosamiento de la vejiga. El 18 del mismo mes se extrajo por el cateterismo una gran cantidad de orina amoniacal. El 6 de diciembre, después de varias tentativas infructuosas para reducir el útero, el Dr. Duncan provocó el aborto. El día antes se había observado elevación y rubicundez del ombligo, y á las pocas horas principió á salir por él orina de olor fétido, derrame que persistió hasta la muerte de la enferma, ocurrida el día 20. La membrana mucosa de la vejiga principió á esfacelarse y á salir por la uretra poco después de ingresar la enferma en el hospital. En la autopsia, se vió que esta mucosa había desaparecido casi completamente, y que la vejiga comunicaba con el ombligo por una fístula. El útero se hallaba en el seno de Douglas, pero no estaba retenido por adherencias. El ligamento ancho contenía un absceso. El Dr. Duncan dijo que hasta entonces jamás había necesitado en estos casos provocar el aborto.

El Dr. Boxal dijo que nunca había observado un caso que no cediera á la compresión hecha de buena manera. Considera el cloroformo útil, porque permite hacer la reducción con menos fuerza, y por lo tanto con menos peligro de provocar el aborto.

El Dr. Ewen Maclean narró un caso de retroversión del útero grávido en el cuarto mes del embarazo. Los síntomas eran alarmantes, y como fueran ineficaces las manipulaciones ordinarias, la enferma fué trasladada al hospital para que se la administrara un anestésico. Después de permanecer algunas horas en decúbito lateral izquierdo, el útero se redujo espontáneamente.

Factor esencial en la producción del sexo.—El Dr. E. Rumley Dawson leyó un trabajo sobre una nueva teoría del sexo. En estado normal los ovarios suministran óvulos independientemente uno de otro. La prueba es que el número de depresiones cicatriciales, resultado de la rotura de los folículos de Graaf, es casi igual en cada ovario é igual al número de períodos menstruales. El embarazo normal único, es resultado de la fertilización de un óvulo de un ovario sólo por la secreción combinada de los dos testículos; por lo tanto, el padre no influye sobre el sexo del hijo. El sexo del feto depende del ovario que suministra el óvulo fertilizado: si procede del derecho es macho, si del izquierdo hembra. Citó casos de ovariotomía, en los que sólo se extirpó un ovario, y en el embarazo posterior la criatura correspondió en sexo al ovario no extirpado. Se han observado ejemplos de embarazo tubario, en los que se extrajo por operación de la trompa derecha un feto macho, el cuerpo amarillo se hallaba en el ovario derecho y *viceversa*. Los casos en que el embarazo tubario ó del cuerno del útero ocurrieron en el lado opuesto al del cuerpo amarillo del ovario, son raros y se explican de dos maneras: 1.ª, por la unión de la trompa de un lado con el ovario opuesto, y 2.ª, por la transmigración del óvulo. Cuando existen dos ó más fetos, los ovarios deben haber obrado casi á la vez si el sexo de los gemelos es diferente, y si es idéntico los dos óvulos proceden de un mismo ovario. Estos casos demuestran la esterilidad unilateral cuando todos los fetos son del mismo sexo, ó cuando después de nacer una criatura de un sexo, todas las restantes son del opuesto. La mezcla del sexo es debida á ser activos los dos ovarios. Sólo hay dos ovarios, y por lo tanto, dos sexos.

El Dr. Blacker dijo que lo que el Dr. Dawson considera como original, se conocía 500 años antes de Jesucristo. La teoría del Dr. Dawson no explica ninguno de los hechos conocidos, respecto á la proporción relativa de los sexos. Aun admitiéndola, nada adelantan nuestros conocimientos sobre la causa efectiva del sexo. Es indudable que la mayoría de los cirujanos pueden citar casos de ovariotomía unilateral y de embarazo posterior, contrarios á la teoría del Dr. Dawson. La causa del sexo no puede explicarse por una teoría ó por un solo factor, porque concurren á ello varios factores y en condiciones diferentes. No es posible aplicar una á todos los vertebrados. Las aves sólo tienen un ovario—el izquierdo—. ¿Cómo explicar por la teoría del Dr. Dawson, la diversidad de sexo en estos animales?

El Dr. Herbert Spencer combatió la teoría del Dr. Dawson, y citó el caso de una enferma á la que había extirpado un tumor ovárico izquierdo. Esta mujer tuvo después un embarazo y dió á luz dos gemelos de sexo diferente. Los casos de este género niegan la teoría del autor.

El Dr. Dawson dijo que el embarazo, después de la extirpación operatoria de la trompa de un lado y del ovario del opuesto, se explica por la emigración transperitoneal del óvulo. Sus argumentos se refieren á la especie humana. El nacimiento de niños, varios años después de extirpar á la madre el ovario derecho, se explica por quedar un trozo pequeño de dicho ovario, cosa que ocurre á menudo. En un caso de este género, se extirparon los dos ovarios, y á pesar de esto, la mujer dió á luz un niño en dos ocasiones distintas.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 28 *de Noviembre de* 1900.

Estrechez aórtica.—El Dr. Cassel: La preparación que aquí presento procede de un niño de dos meses, que cuando se le examinó presentaba aspecto abatido, color lívido, hundimiento de las fontanelas, respiración frecuente y pulso casi insensible. Por debajo de la clavícula izquierda existía una macicez muy pronunciada, que llegaba á la quinta costilla por abajo, á la línea axilar media por afuera y hasta el centro del esternón por el lado derecho. Tanto los sonidos del corazón, como el murmullo vesicular, se oían con sus caracteres normales.

En la autopsia se encontraron un corazón tres veces mayor que el puño del niño, el pulmón empujado hacia la izquierda y atrás y el pericardio intacto y nada de líquido. El ventrículo derecho estaba hipertrofiado, pero sus válvulas sin ninguna alteración. La pared del ventrículo izquierdo tenía 25 milímetros de grueso; la forma de las válvulas semilunares estaba muy alterada y su superficie aparecía cubierta de nódulos verrugosos; el lóbulo superior del pulmón izquierdo se hallaba transformado en una especie de apéndice alargado. El tumor estaba muy aumentado de volumen.

La etiología de este caso es desconocida: no hay antecedentes de afección puerperal y no se sabe si los ha habido de reuma articular.

Cálculo renal.—El Dr. Steiner: El cálculo renal que aquí presento, se lo he extirpado hace dos días á un sujeto de veintiún años, el cual, hará unos cuatro años y medio, después de un gran paseo á pié, presentó hematuria sin ningún síntoma irritativo por parte del trayecto genital. Desde entonces la orina está turbia y un poco sanguinolenta. En junio último se presentaron dolores en la región renal derecha, la insuficiencia renal fué aumentando y el enfermo perdió 21 libras de peso, pero nunca salieron arenillas, ni hubo cólico nefrítico, propiamente dicho. Había antecedentes tuberculosos, y cuando el enfermo estaba muy aniquilado, sobrevino hemoptisis, viéndose entonces que existía una tuberculosis incipiente del vértice del pulmón izquierdo. La orina estaba muy sanguinolenta, y contenía, además, cilindros y corto número de células epiteliales en degeneración grasienta. La exploración rectal no reveló ninguna alteración en la próstata, ni en los uréteres. El cistoscopio hizo ver que el ureter derecho se contraía con regularidad, pero sin que, al parecer, saliera orina; en cambio, por el izquierdo salía orina clara. Con el cateterismo del ureter izquierdo, se extraía, también orina clara; con el del derecho, orina sanguinolenta y albuminosa. La radiografía reveló la existencia de una sombra en el lado derecho.

La falta de cólicos nefríticos y de arenillas argüía contra la existencia de una litiasis, y, por otra parte, los antecedentes y la lesión del pulmón hacían pensar en una tuberculosis renal. En cambio, la palpación bimanual, hallándose el enfermo en decúbito supino, ó en el decúbito lateral de Israel, demostró en el riñón, cuya situación y volumen eran normales, la existencia de piedras, que se manifestaban por su roce recíproco.

La operación terminó perfectamente. Apenas acabada, ya el riñón sano

segregó 1500 cent. cúb. de orina clara, y el estado general era bueno. En el riñón extirpado se encuentran centenares de cálculos de tamaño muy diferente. Existe, además, una nefritis muy pronunciada.

Hernias lumbares.—El Dr. Borchardt: Sabido es que, por virtud de la disposición de los músculos de la región lumbar, se forman en la pared posterior del vientre dos puntos débiles: el triángulo de Petit y el triángulo lumbar superior, que han estudiado últimamente Grünfeld y Lesser. De los 47 casos de hernia lumbar, que registra la literatura, 11 se produjeron por el triángulo de Petit, y solo 2 por el costo-abdominal superior. Sin embargo, pueden también formarse en otros puntos, y hay casos en que los vasos y nervios les abren camino.

Se pueden distinguir tres clases de hernias lumbares: 1.ª Traumáticas. De los 47 casos 20 reconocían este origen que desempeña, bajo la forma de caída, golpe, sablazo, balazo, etc., un gran papel en la producción de las hernias lumbares. Estas se presentan de uno á tres días después del traumatismo y en algunos casos al año ó los dos años (en la cicatriz). 2.ª Por formación de abscesos, sobre todo, de abscesos por congestión á consecuencia de tuberculosis vertebral. 3.ª Espontáneas. A este grupo pertenecen las 22 hernias restantes. En algunos casos no se descubre ningún factor etiológico; en otros se citan el embarazo ó la debilidad muscular en sujetos ancianos. Las hay congénitas. De estos casos conozco 8 y entre ellos 2 que por la multiplicidad de las hernias creo que también se deben incluir en este grupo.

Aquí presento un niño de quince meses que se halla en un estado muy miserable á consecuencia de una bronquitis intercurrente y de un eczema. En el lado izquierdo del vientre se ve un tumor hemisférico que ocupa todo el espacio que media entre el borde costal y la cresta ilíaca. Este tumor aumenta de volumen cuando grita la criatura; la piel que le cubre no presenta ninguna alteración y la mayor prominencia del mismo corresponde á la línea axilar, y por delante á la mamilar. Comprimiéndolo se hace desaparecer por completo, viéndose entonces que, además de los intestinos, contiene todo el bazo y el riñón izquierdo.

Es indudable que se trata de una hernia. Sin embargo, en un principio se pensó en un absceso por congestión, porque parecía haber una quifosis. En este error ya se ha incurrido en casos análogos y hasta hubo un cirujano francés que operó en tal supuesto; por fortuna se salvó el enfermo, pero quedándole una fístula estercorácea. Hay que pensar también en la posibilidad de una hernia muscular, de un lipoma ó de derrames sanguíneos en las masas musculares. Un examen detenido permite establecer el diagnóstico diferencial. En el caso presente no se ha conseguido encontrar el anillo herniario; parece como si hubiera un defecto en la pared abdominal, ó en su caso, en uno ó más músculos de la misma. A favor del origen congénito arguye el hecho de que en el otro lado hay cierta debilidad de la pared abdominal que también hace admitir en este punto la existencia de una hernia. Otra circunstancia en favor de tal hipótesis es la de que existe un defecto en la duodécima costilla.

De los 47 casos sólo fueron operados 4, cifra pequeña que se explica, tanto por la poca frecuencia con que se estrangulan estas hernias, como por tratarse en su mayoría de casos de la época preantiséptica, por más que Rava-

ton practicó un desbridamiento en 1738, curando el paciente. En la actualidad está indicada la operación cuando la hernia no puede contenerse con un vendaje, aumenta de volumen, ocasiona molestias de carácter permanente ó se estrangula. En el caso actual pensé en operar al principio, pero desistí de ello, porque es imposible, dado el tamaño de la abertura herniaria, cerrarla por completo, y además de esto, los gritos de la criatura impedirían que se sostuviesen los puntos de sutura. El ingerto de un cuerpo extraño, tal como el alambre de plata que tanto se ha usado en estos últimos años, probablemente habría producido úlceras por compresión, de la piel y de las partes blandas. Por otra parte, el músculo sacro-espinal del niño es demasiado delgado y demasiado débil para que pueda pensarse en el ingerto de un colgajo muscular. En vista de todas estas consideraciones, me he limitado á colocar un vendaje y á disponer que me presenten al niño de cuando en cuando, por si algún día que se haya robustecido y que tenga el sistema muscular más desarrollado, se puede cubrir el defecto con un colgajo muscular.—R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 16 *de Noviembre de* 1900.

Saccharomyces neoformans. — El Dr. Csokor: Sabido es que Francesco Sanfelice ha descrito, con el nombre de *saccharomyces neoformans*, un hongo gemmíparo, al que atribuye el papel de estimulante de la formación celular. También es sabido que se ha pretendido encontrar repetidas veces agentes parasitarios en la nueva formación de células, cuyos elementos provienen de las hojas externa é interna del blastodermo. Así como todos los datos que hasta ahora se han publicado acerca de los agentes productores del carcinoma sólo se fundan en investigaciones microscópicas, Sanfelice ha emprendido el camino de la experimentación, buscando dichos agentes no sólo en el reino animal, sino también en el vegetal. Con motivo del estudio higiénico de las frutas, encontró dicho investigador varios micetozoos, y entre ellos un sacaromiceto que reveló propiedades patógenas, por cuanto inoculado á los animales, dió origen á nuevas formaciones celulares, y al que dió el nombre de *saccharomyces neoformans.*

De los experimentos practicados con este micetozoo, resulta que posee la propiedad de provocar el desarrollo y formación de nuevas células en aquellos tejidos que están constituídos por células procedentes de las hojas externa é interna del blastodermo y, por lo tanto, de células epiteliales, endoteliales y secretorias. Como quiera que se han encontrado saccharomyces análogos, aunque rara vez, en algunos carcinomas de ciertas especies animales, se sospecha cierta relación entre el micro-organismo aludido y los cánceres. Por más que con estos hechos no puede darse por descubierto definitivamente el agente productor del carcinoma, son motivo para que los anatomo-patólogos, además del estudio histológico del neoplasma, instituyan experimentos de cultivo con el objeto de conocer mejor su naturaleza.

Gránulos basófilos en células de núcleo polimorfo.—El Dr. Schur: La existencia de gránulos basófilos en células de núcleo polimorfo, se observa á veces en personas sanas, pero es más frecuente hallarlos en ciertas enfermedades, tales como la pneumonía crupal, los flemones y la erisipela. En los sujetos sanos, los gránulos suelen ser muy finos y muy escasos; en cambio, en los casos de enfermedad, es común que sean bastante gruesos y que se encuentren en muchas células. Los he encontrado á menudo en los glóbulos del pus, aunque también los hay que no los contienen. Yo creo muy posible que exista cierta relación entre estos gránulos y el agente patógeno.

Clonus aislado del triceps braquial. — El Dr. Erben: Un sujeto de veinte años de edad, de predisposición nerviosa, pero sin que padezca de histerismo ni de otra gran neurosis, presenta la siguiente anomalía: su brazo derecho, que está sin movimiento mientras se halla péndulo, comienza á presentar violentos temblores tan pronto como se le dobla en el codo. Este temblor sólo en apariencia es intencional, puesto que el sujeto puede elevar el codo extendido y en este estado ejecutar movimientos con la mano y con los dedos sin que sobrevenga el temblor; éste sólo se presenta cuando deja de estar extendido el codo. El temblor parte de esta última articulación; las de la muñeca y el hombro no toman parte en él. Surgió la sospecha de que en este caso no se trataría de un espasmo convulsivo, y como quiera que el temblor parte del codo, se prestó atención, en primer término, al biceps y al triceps. Durante el temblor, se nota que el biceps se halla en un estado de tono uniforme, pero en el triceps algunos haces musculares se ponen de pronto duros y luego recobran su blandura; trátase, por lo tanto, de un espasmo clónico; el temblor es debido á un espasmo muscular aislado, á un clonus localizado en el triceps. A juzgar por el cuadro patológico, el punto de origen del clonus puede localizarse en el triceps mismo. El músculo permanece tranquilo en tanto que sus puntos de inserción están aproximados todo lo posible, y se contrae espasmódicamente tan pronto como dichas inserciones se separan y por muy pequeña que sea la distensión muscular. Esta manera insólita de ser provocado un espasmo muscular, encuentra su analogía en el «espasmo saltatorio» que Bamberger fué el primero en describir.

No se han encontrado puntos cuya presión pueda hacer desaparecer el espasmo tembloroso.

El Dr. Redlich: Dada la precisión con que aparecen y desaparecen las contracciones con ciertos movimientos y determinadas posiciones, creo que se trata de un fenómeno histérico.

El Dr. Erben: En el caso actual no hay ningún dato que induzca á pensar en el histerismo.

Ectopia vesical operada radicalmente.—El Dr. Pendl: Se trata de un niño de siete años, al que se le cubrió la vejiga hace tres según un procedimiento autoplástico y con un éxito nada más que parcial. Cuando ingresó últimamente, aparecía al descubierto un trozo de mucosa vesical del tamaño de un duro, y en el que terminaban los dos uréteres. Existía una incontinencia absoluta, la mucosa vesical estaba erosionada en parte y la piel circundante era asiento de una afección eczematosa. La sínfisis estaba entreabierta como unos tres dedos.

La operación consistió, en primer lugar, en desprender la pared vesical en todo su espesor de los tejidos subyacentes, asegurando los uréteres por medio de la introducción de sondas finas. Cuando la vejiga pendía de los uréteres, disecados en la extensión de un centímetro, se separó con las tijeras la mayor parte de la misma como supérflua, dejando tan sólo un trozo de 5 milímetros de ancho y de 15 de largo entre las terminaciones de los uréteres y alrededor de las mismas. Hecho esto, desde el ángulo superior de la herida formada de este modo, se abrió la cavidad peritoneal en la línea media y se atrajo hacia fuera la flexura sigmoidea. En la parte de esta flexura que se sacó al exterior, se practicó una incisión longitudinal de 3 centímetros de largo, que interesaba todas las capas de la pared del intestino y se estiró en sentido transversal; en el ojal transversal formado de ese modo se insertó por medio de sutura el trozo de vejiga que contenía las aberturas uretéricas, y que para facilitar esta parte de la operación se había hecho girar hacia arriba y atrás. La sutura que comprendía la vejiga y el intestino en todo su espesor, se aseguró por medio de un segundo plano de puntos de sutura, y una vez hecho esto, se abandonó el intestino en la cavidad abdominal, cerrando el peritoneo en el punto más bajo que fué posible. Con este procedimiento la mayor parte de la zona cosida quedó, como es natural, por fuera del peritoneo y en el vértice de la superficie cruenta infundibuliforme. Esta última se cerró todo lo que se pudo, y la parte que quedó abierta se rellenó con tiras poco apretadas de gasa iodofórmica.

El curso ulterior fué favorable si se prescinde de ligeras elevaciones de temperatura que se observaron los primeros días. En el lugar de la herida que se dejó abierta, se ve hoy una pequeña superficie granulosa. En los primeros días, la orina salió continuamente por el ano, pero desde el día 8, el niño se acostumbró á fuerza de repetidas exhortaciones á retenerla por una hora y de entonces acá ya ha adelantado tanto en esto, que la retiene tres y cuatro horas.

El Dr. Frank: He de recordar que en 21 de octubre de 1898 y en 13 de enero de 1899, presenté á esta Sociedad dos casos de ectopia vesical que habían sido operados con éxito irreprochable también según el método de Maydl. De uno de estos operados he tenido después de más de un año excelentes noticias; está completamente sano, su desarrollo orgánico se efectúa perfectamente y desempeña los deberes de su oficio sin dificultad, pudiendo contener la orina hasta cinco y seis horas.

Trastornos vesicales de origen cerebral. — Los Dres. v. Czilharz y Marburg: Son de origen cerebral todos los trastornos vesicales que se presentan en el curso de afecciones cerebrales, en tanto que éstas evolucionan sin alteración de la conciencia y de la parte psíquica y en el supuesto de que esté completamente intacto el resto del aparato vesical neuro-músculo-glandular. En los casos de lesión unilateral de la zona motora de la corteza cerebral y que recae al parecer en la parte correspondiente al centro de la cadera, se han observado trastornos vesicales que se caracterizan por la inhibición de la expulsión voluntaria de la orina, ó sea por la retención. Sin embargo, esta retención fué pasajera. En los casos de focos bilaterales, no hemos podido llegar á una conclusión definida, á causa de la escasez de material. Los centros cerebrales subcorticales, parecen ejercer cierta influencia

en la vejiga. Es frecuente que cuando la sensación del deseo de orinar se hace consciente, se verifique la micción de modo automático, sin intervención de la voluntad. En algunos casos de lesión del cuerpo estriado, hemos observado incontinencia de orina. Dada la proximidad del tálamo, pudiera pensarse en una participación concomitante de este último y atribuir á tal lesión el trastorno de la función vesical. Sin embargo, en lo que se refiere á nuestros casos creemos haber aducido la prueba de que el tálamo no estaba interesado. Las vías que unen estos centros con la médula, caminan al parecer por la zona de las pirámides. Mas para que se presenten trastornos duraderos de la vejiga, es preciso que estén destruídas ambas pirámides y de un modo bastante completo. Respecto á la influencia que pueda ejerce el cerebelo sobre la vejiga, por ahora no nos decidimos á omitir una opinión terminante.

Operación radical en los casos de cáncer del útero.—El Dr. Wertheim : En armonía con la tendencia general de establecer el tratamiento operatorio del cáncer uterino sobre una base más quirúrgica, vengo adoptando desde hace dos años, como sistema, el extirpar completamente los ganglios y el parametrio en todas las operaciones de cáncer del útero. El número de casos de este género, es en la actualidad de 33. En 11, los ganglios de la región estaban también cancerosos, y en mi entender basta con esto para justificar mi procedimiento actual. En algunos casos también había nidos y cordones de tejido canceroso en el parametrio, que esto no obstante parecía estar normal. Verdad es que la operación tan radical como yo la practico no es fácil, por más que con la práctica, resulta cada vez menos difícil. Procediendo con las precauciones necesarias no se hieren los grandes vasos al aislar los ganglios, porque siempre se opera bajo la inspección de la vista. Los uréteres se disecan, se desvían á un lado y de este modo se evita su lesión. Hecho esto ya se puede extirpar el parametrio en toda su extensión. Colocada la pelvis en posición elevada, se practica la incisión abdominal ; se liberan los uréteres y los grandes vasos y se aislan y desprenden los ganglios. Se comienza en la bifurcación de la aorta y se va descendiendo desde este punto. La pelvis debe presentar el mismo aspecto que una preparación anatómica. Se desvía el ureter á un lado y se diseca el parametrio. La vejiga y el recto se disecan y separan del útero. Se extirpa éste con los anejos y el parametrio y si es preciso con los ganglios linfáticos que forman un todo con ellos. En todo caso se extirparán al mismo tiempo un trozo de la vagina lo mayor posible, puesto que algunas recidivas parten de la bóveda vaginal, sana en apariencia. La cifra de mortalidad por ahora es muy elevada : de mis 33 casos sucumbieron 11. No se debe ampliar demasiado los límites de la indicación operatoria ; de los casos que eran operables por la vagina, ninguno terminó funestamente. Lo que más importa es adquirir práctica en esta operación típica. El examen microscópico nunca encontró degeneración cancerosa en los ganglios que no estaban alterados macroscópicamente y, por lo tanto, no hace falta que se extirpen estos. Si el ureter ya está invadido por el carcinoma, no se debe operar. La operación abdominal no sirve para los casos inoperables, sino para los operables, en que se presentan recidivas á pesar de una operación vaginal precoz. También está indicada en los casos de transición, donde el mal ya ha pasado los límites del órgano. Es más prudente tener en

cuenta el estado general, el del corazón, etc., cuando se trata de resolver si un caso es operable, que no la blandura del parametrio. En casos muy avanzados de carcinoma ya he extirpado parametrios muy resistentes, sin que después estos hubiesen resultado carcinomatosos. Cuando existan grandes paquetes ganglionares en la pared lateral de la pelvis, no se debe hacer la operación.—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Parásito del cáncer.—Van Leyden ha encontrado en una ascitis cancerosa células móviles de prolongaciones en forma de abanico que considera como causa del cáncer. Lo característico de estas células es su núcleo que se asemeja al ojo de un pájaro. Carecen de cápsula, se asemejan á las plasmodióforas y se encuentran en número variable en el cuerpo de la célula cancerosa, cerca del núcleo, que no presenta signo alguno de destrucción ni de división. — (*Le Bull. medical*). — F. TOLEDO.

Los estafilococos en el aire de los hospitales quirúrgicos. — El Dr. Binaghi deduce de las investigaciones bacteriológicas que ha realizado en las salas de operaciones y de curas, en las enfermerías y en las salas de consulta (policlínicas) de la Clínica quirúrgica de Cagliari, que de todos los micro-organismos patógenos los que se encuentran más á menudo son los estafilococos, y que su abundancia es mayor en aquellos sitios en que es más activo el movimiento de las personas que en ellos se encuentran y abundan más en las capas más bajas de la atmósfera. Así es que el autor nunca los ha encontrado en la sala de operaciones antes ni durante éstas, sino siempre después, observándose que en la mitad de las investigaciones el aire estaba libre de micro-organismos antes y durante la intervención quirúrgica.

En las salas de curación tampoco se encontraron estafilococos más que durante y después de haber trabajado en ellas; en cambio en las enfermerías y en la policlínica se los encontró en todo tiempo, y lo mismo en el suelo que en las distintas capas atmosféricas. Los pocos gérmenes no patógenos que se descubrieron se hallaron á una altura de dos metros y antes de que hubiera comenzado á prestarse servicio en dichos locales.

El autor hace notar, además, que el número de gérmenes es menor en los meses en que son bajas la presión y la temperatura atmosféricas y mayor en los meses calurosos, deduciendo de sus investigaciones que está muy justificado el temor que tienen los cirujanos á los gérmenes patógenos de la atmósfera, y que, prescindiendo ya de todas las demás reglas conocidas, para evitar el peligro que de ello resulta es muy conveniente reducir á un mínimum el número de personas que asisten á una operación.

(*Riforma médica*).—R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

FIEBRE TIFOIDEA

POR EL

DR. D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

III

Una de las cuestiones más debatidas en estos últimos tiempos respecto á la fiebre tifoidea, es la relativa al diagnóstico. Por una parte, niegan algunos la naturaleza tifoidea á fiebres que otros incluyen en dicho grupo, y por otra se pone en duda la importancia de ciertos síntomas. Por último, se han dado á conocer en estos últimos años signos que permitirían resolver el problema diagnóstico en ciertos casos dudosos y confirmarlo en todos los demás.

En las últimas epidemias se ha visto á menudo el caso de que mientras unos médicos afirmaban la naturaleza tífica de la fiebre, otros la negaban en absoluto. Estas divergencias, que no sólo se han manifestado á la cabecera del enfermo, sino también en las Sociedades científicas, entiendo que se pueden explicar hasta cierto punto, recordando algo de lo que nos ha enseñado el estudio etiológico de la enfermedad tífica.

Hemos visto, en efecto, que la mayoría de las epidemias de fiebre tifoidea son producidas por la contaminación de las aguas potables; que en algunos casos se ha encontrado en éstas el bacilo tífico; que en otros, en cambio, sólo se halló el bacterium coli; que en determinadas epidemias, en que el cuadro clínico revelaba de un modo indudable la naturaleza tífica de la enfermedad, no se descubrió en las aguas el presunto germen, y por último, que casi siempre se halló en ellas una proporción mayor ó menor de materia orgánica.

Ahora bien : ¿por qué razón se ha de creer que la infección hà de ser producida en todos los casos de epidemia tífica, pura y exclusivamente por el bacilo específico? ¿No es más natural suponer que además de éste intervendrán patogénicamente los que le acompañen y la misma materia orgánica? Y si á esto añadimos que él mismo bacilo tífico presentará seguramente variedades de raza y de virulencia según los casos y que la infección es natural que se modifique en su manifestación clínica, según el terreno orgánico en que recaiga, creo que se puede explicar sin violencia alguna el por qué en toda epidemia de fiebre tifoidea, al lado de casos típicos existen otros que por lo borroso de su sintomalogía, ó por ciertas particularidades, no podrían ser calificados como de tifus abdóminal, si no coincidieran con otros bien caracterizados de la misma dolencia.

Por fortuna, aunque estos casos dudosos no presentan ciertos síntomas que se han venido considerando como clásicos, apelando á otros signos de que pronto hablaremos, es posible en muchos de ellos precisar directamente su naturaleza sin necesidad de apelar al criterio de coincidencia con casos bien desarrollados.

Tal sucedió en la epidemia que ha dado motivo á la redacción de estos artículos, y cuya naturaleza tífica llegó á ser negada en redondo por distinguidos compañeros, á pesar de los resultados positivos que dieron las autopsias practicadas en el Hospital Provincial, del descubrimiento del bacilo tífico en las deyecciones intestinales hecho por el distinguido bacteriólogo Dr. Mendoza, y de la roseola, el infarto del bazo, el estupor, la sordera (que se observó hasta en casos sumamente leves), las cámaras diarréicas, y, en general, hasta la misma curva térmica.

Se dice que ha variado el cuadro clínico de la fiebre tifoidea. Mas es lo cierto que sus signos cardinales se siguen observando en una buena parte de los casos ; esto sin contar con que los progresos indudables que ha hecho el tratamiento, no sólo se reflejan en la cifra de mortalidad, sino también en la misma expresión clínica del mal. Así, el cuidado que se pone en la limpieza y antisepsia bucal, y el empleo de la hidroterapia, influyen, sin género de duda, en la poca frecuencia con que hoy se observa la lengua parda y seca. La misma hidroterapia y el régimen alimenticio que se usa en la actualidad, contribuye muy mucho á calmar los fenómenos nerviosos, tanto los propios del período de infección, como los que se observan (rara vez hoy en día), en el de convalecencia.

También se ha negado el valor diagnóstico de la curva térmica,

olvidando que el mismo Wunderlich hace mérito de las formas irregulares, cuya frecuencia varía según las epidemias; que la afección febril es probable, como ya he dicho anteriormente, que en muchos casos no sea producida exclusivamente por el bacilo de Eberth, y, finalmente, que es poco común, sobre todo en la práctica hospitalaria, observar la evolución del mal en su primer septenario.

La necesidad de poseer algún otro signo que pudiera servir para dilucidar el problema diagnóstico en los casos difíciles, ha sido, sin duda alguna, uno de los motivos que han inducido á buscar nuevos caracteres clínicos del tifus abdominal.

Entre ellos merecen especial mención la reacción diazóica de Ehrlich y el suero-diagnóstico. La reacción diazóica consiste, como es sabido, en el color rojo que toman algunas orinas al agitarlas con un volumen igual de una disolución de ácido sulfanílico en agua destilada y ácido clorhídrico, á la que se han añadido algunas gotas de una disolución de nitrito sódico, mezclándolo después todo con un octavo del volumen total de amoníaco.

El valor diagnóstico de esta reacción en los casos de fiebre tifoidea, ha sido muy discutido.

Dolgow, en una comunicación que hizo al Congreso celebrado en Kiew el año 1896 (1), y que se funda en 1000 análisis practicados con la orina de 133 tifoideos, afirma que es rarísimo que en estos casos falte la reacción diazóica, la cual, en la inmensa mayoría, dura cuatro ó cinco días menos que la fiebre misma; que se observa de un modo más marcado en los casos de gravedad media y de larga duración; que suele ser pasajera en los casos graves; que la curva de la reacción corresponde, generalmente, á la térmica, y que la cantidad de la materia que da la reacción diazóica, siempre se halla en relación directa con la gravedad y duración del tifus abdominal. Cree el autor que la reacción diazóica tiene una significación diagnóstica indudable en los casos de fiebre tifoidea. Sin embargo, su misma afirmación de que se observa de un modo más marcado en los casos de gravedad media y de larga duración, le quita importancia, como signo diferencial, para los casos leves y de sintomatología mal caracterizada.

En la discusión que acerca de este punto se promovió en la Unión de Medicina interna de Berlín el 30 de enero de 1899, el Dr. Michaelis afirmó que la reacción diazóica se manifiesta antes que la roseola y

(1) *Deutsche Medizinal Zeitung*, 1896, pág. 786.

el infarto del bazo; que en los casos benignos desaparece de tres á cinco días antes del acmé, y que si no se observa entre el octavo y el décimo día, es indicio de que el curso del mal será muy leve. Insistió además, en que mayor importancia que el color rojo que toma la orina, tiene el que presenta la espuma al agitar la mezcla.

Con este motivo manifestó el Dr. Ehrlich, que la reacción diazóica se presenta mucho antes que la de Widal, y á diferencia de ésta, que continúa durante la convalecencia, permite establecer el diagnóstico y predecir la recidiva.

El Dr. Baginsky refirió un caso típico en que no se presentó la reacción de Widal, y en cambio, se observó la diazóica; en el mismo sentido se expresó Litten. Michaelis cerró la discusión afirmando que la reacción diazóica es un graduador de la infección. No predice las recidivas, pero aparece cuando éstas se presentan, y como quiera que sólo se halla en relación directa con la gravedad de la infección, falta cuando se presentan otros accidentes graves y mortales (1).

El Dr. Enrique Wolf (2) concede más importancia á la reacción diazóica, como signo pronóstico que no como signo diagnóstico. Cuando en un caso indudable de fiebre tifoidea, deja de presentarse desde el sexto día, es señal de que la afección seguirá un curso benigno; en cambio, si dicha desaparición coincide con un mal estado general, presagia una pronta terminación funesta ó la aparición de una enfermedad intercurrente.

De todo lo dicho, parece deducirse que la reacción diazóica puede ser útil para el diagnóstico en general y acaso también para el pronóstico de la fiebre tifoidea; pero no aparece claro hasta ahora que tenga una gran importancia en los casos leves y borrosos ó sea en aquellos cuya naturaleza es más discutida. Convendrá, por lo tanto, seguir estudiando este asunto.

El otro método que ha despertado mucho interés, tanto por su importancia práctica como por las discusiones teóricas á que ha dado origen, es el llamado suero diagnóstico ó reacción de Widal.

La manera más usual de emplear este método es la siguiente: Si á diez gotas de un cultivo de bacilo tífico en caldo y que tenga veinticuatro horas de fecha, se añade una gota de suero procedente de la sangre de un enfermo de fiebre tifoidea, el examen microscópico hace ver que al cabo de muy poco tiempo se forman grupos de mi-

(1) *Deutsche Medicinal Zeitung*, 1899, pág. 125.
(2) *Wiener méd. Presse*, núm. 10, 1899.

crobios que se aglutinan entre sí; en cambio, si el suero procede de un sujeto que no padece de fiebre tifoidea, las bacterias se mueven libremente en el porta-objetos.

Como quiera que cuando se trata de un sujeto tífico la aglutinación se observa aunque la sangre del mismo se conserve desecada algunos días, aconseja E. Pfhal (1) á los médicos que no puedan practicar este exámen, que dejen desecar la gotita de sangre en un porta-objeto, sin calentarlo y que lo manden dentro de una carta certificada al bacteriólogo. Friedel Pick recomienda recoger varias gotas de sangre extraída de la yema del dedo en una tira de papel de un dedo de ancho que se dejará secar durante veinticuatro horas. Cuando se quiere practicar el examen, se humedece la sangre desecada con una gota de agua destilada, y á los diez ó veinte minutos se mezcla una gota de este líquido con el cultivo del bacilo.

Pechere (2) aconseja como procedimiento más seguro, aunque más pesado, mezclar una gota de suero con 50 de caldo de cultivo, y si el resultado que se obtiene es negativo ó dudoso, disminuir la proporción del caldo en los exámenes sucesivos. Esto no obstante, la mayor parte de los autores recomiendan comenzar con la proporción de 1 por 10 ó todo lo más de 1 por 20.

La propiedad aglutinante parecen poseerla también las secreciones y excreciones de los tíficos, y en particular la leche y las lágrimas. Lubomudrow (3) dice que cuando se emplea este último líquido debe mezclarse con el caldo á partes iguales, pero que los resultados son tan positivos como con el suero. Como se comprende habrá casos, sobre todo en los niños, en que acaso convenga recurrir á este procedimiento.

Dado el fin principalmente práctico que me ha animado á escribir estos artículos, entiendo que lo que más importa en tal concepto es saber si la reacción de Widal se presenta siempre en los individuos que tienen fiebre tifoidea; si se continúa observando en los que la han padecido; si se observa alguna vez en sujetos que no se encuentran en ninguno de estos casos; si se presenta en las formas leves de tifus abdominal y en las de sintomatología mal definida, y, por último, si la reacción de aglutinación se puede utilizar para el pronóstico.

Widal, en las primeras comunicaciones que hizo en 1893, tanto en

(1) *Centralbt. f. Bacter.*, XXI, 2.
(2) *Annales de Bruxeles.* T. VI. Cuad. 2.° y 3.°.
(3) *Medicinska Obosrenie.* T. 52. Cuad. 1.°

la Sociedad Médica de los Hospitales como en el Tercer Congreso médico francés de medicina interna, afirmaba que en todos los casos de fiebre tifoidea, y lo mismo en los convalecientes de esta enfermedad, había observado siempre la reacción de aglutinación y en cambio nunca se presentó en los individuos sanos ni en los que no habían tenido fiebre tifoidea, ni en personas atacadas de las afecciones más diversas, agudas ó crónicas y febriles ó no febriles. Respecto al bacilo del colon, todo suero, provenga ó no de un individuo tífico, tiene la propiedad, cuando se mezcla con el cultivo de dicho bacilo en la proporción de 1 por 10 de producir, en medio de bacilos móviles, montoncitos que por lo general sólo están compuestos de algunos elementos que á veces se agrupan en cadenetas. Estos montoncitos quedan en general muy pequeños y conservan una fisonomía especial. El suero de los tíficos es el único que aglutina *in vitro*, y en las proporciones indicadas, el bacilo de Eberth, pero no ejerce ninguna acción particular sobre el bacilo del colon.

El examen del suero de 12 personas ya curadas de fiebre tifoidea después de un tiempo que variaba entre un año y diecinueve, sólo en dos de ellas reveló la existencia de dicha reacción. De estas dos personas, una se había curado hacía tres años y la otra hacía siete. En general, en los tíficos el fenómeno se observa á partir de los días séptimo ú octavo de enfermedad, siendo de notar que las variedades en la fecha de aparición, no siempre se hallan en relación con la gravedad del caso, y que los sueros de los tíficos no reaccionan todos con la misma intensidad, respecto al bacilo de Eberth, sin que podamos hasta ahora explicarnos la causa de estas diferencias individuales. En los primeros días el fenómeno suele estar atenuado, y por lo mismo conviene la proporción de 1 por 10 y quizá mayor; pero la reacción aglutinante se puede comprobar, aunque se trate de las formas leves de la enfermedad tífica. El resultado negativo obtenido con el suero de un enfermo sospechoso, da tan sólo una probabilidad contra el diagnóstico de la fiebre tifoidea, sobre todo si el examen se ha hecho en los primeros días. Debe repetirse, por lo tanto, en los siguientes. La probabilidad es tanto mayor cuanto más avanzada sea la época de la enfermedad en que se practique la investigación. La aglutinación obtenida con el suero de un enfermo que no hubiese tenido jamás la fiebre tifoidea, debe ser considerada como un signo de certeza de dicha enfermedad.

Breuer (1) en 43 casos de fiebre tifoidea, comprobó siempre el fenó-

(1) *Berl. Klin. Wochens*, 47 y 48, 1896.

meno de la aglutinación, y de 27 casos de enfermos no tíficos, sólo en 5 observó dicho fenómeno, pero de un modo tan poco marcado, que casi se puede decir que también fué negativo el resultado. Haedke (1) deduce del examen practicado en 22 enfermos tíficos y en otros 20 no tíficos, que cuando se produce pronto una aglutinación completa, es sumamente probable que se trata de un caso de fiebre tifoidea, y en cambio se debe sospechar otra afección siempre que después de media hora no se observe ninguna influencia sobre la forma y movilidad de los bacilos.

A la misma conclusión llegan C. Fraenkel (2), como resultado de sus investigaciones practicadas en 44 individuos, y Roco Jemma (3), que examinó este punto en 9 tifoideos y en 15 sujetos que sirvieron de término de comparación.

En una sesión que la Real Academia de Medicina de Irlanda dedicó á este asunto (4), Weeney calificó el método de Widal de signo diagnóstico seguro del tifus abdominal. Coleman que lo ensayó en 11 casos, entre los cuales los había desde los más leves hasta los más graves, observó siempre la reacción consabida, y en cambio no la encontró nunca en otros enfermos ni en sujetos sanos, y Damprey comprobó la reacción en 12 casos, de 14 que se habían diagnosticado con alguna seguridad de fiebre tifoidea.

P. Haushalter (5) refiere que de 37 casos de tifoidea que habían recaído en niños, en la mayoría se observó la aglutinación. De los casos en que dejó de presentarse, se trataba ó de casos que después se vió que no eran de tifoidea, ó de formas muy leves y en un período muy adelantado de la convalecencia; sólo en dos casos se trataba de formas típicas del tifus abdominal. A. Bondet (6), que examinó la reacción en 35 casos, obtuvo resultado positivo en todos los de tifoidea, excepto en uno, siendo digno de notar que en otro caso en que se presentó la aglutinación, á pesar de no presentar la enferma síntomas de tifus abdominal, sobrevino una peritonitis mortal por perforación, y la autopsia demostró la existencia de úlceras tíficas en el intestino. Ziemke refiere que, así como en todos los casos de tifoidea comprobó la reacción de aglutinación, también la observó en seis casos entre 28 de enfermos no tíficos, de lo cual deduce que si el

(1) *Deutsche méd. Wochenschr*, p. 2, 1897.
(2) *Deutsche méd. Wochnschr*, p. 3, 1897.
(3) *Gazzetta degli ospedali*, p. 152, 1896.
(4) *Deutsche medizinal Zeitung*, n° 21, 1897
(5) *Rev. med. de l'Est.*, 23-1896.
(6) *Lyon medical*, 7 octubre 1897.

signo de Widal no es infalible, se puede utilizar, sin embargo, como medio auxiliar para el diagnóstico de la fiebre tifoidea. Carlos Fraenkel confirmó por medio de dicho signo el diagnóstico clínico en 66 casos de fiebre tifoidea ó de convalecencia de la misma: en su opinión, á pesar de ciertas deficiencias, la reacción de Widal es una adquisición útil para el diagnóstico del tifus abdominal.

En una conferencia que dió el Dr. Paul Courmont en la Sociedad de Biología de París, refirió haber examinado el signo de Widal en 240 casos. De 116 enfermos de fiebre tifoidea, en ninguno dejó de observarse la aglutinación; pero en cinco no se presentó hasta el octavo día. En el niño desaparece generalmente en el curso de los primeros meses; en el adulto sucede esto del cuarto al quinto mes. Sin embargo, también se observó la reacción en dos casos que se habían curado hacía más de un año: en uno de ellos habían transcurrido desde dicha fecha más de dos años. De 64 casos en que se trataba de una afección no tífica, sólo en uno se presentó la reacción de Widal, sin que esta excepción se hubiese podido explicar de ninguna manera, puesto que era un enfermo que nunca había padecido tifus abdominal.

El mismo Widal, en la comunicación que hizo en el Congreso internacional de Medicina celebrado en Moscou el año 1897 (1), manifestó que de 177 tifoideos, sólo faltó la reacción en uno; que hay casos en que el suero diagnóstico descubre infecciones tíficas que hubieran pasado inadvertidas para el examen clínico y hasta para el examen necrópsico; que, en cambio, á veces no se presenta la reacción de aglutinación en los primeros días de una tifoidea, y que lo mismo acontece en ocasiones en los días anteriores á la muerte. Hizo presente, además, que, habiendo examinado unos 350 sueros no tíficos, jamás observó la aglutinación con sus caracteres típicos. Insistió en la necesidad de investigar bien los antecedentes, pues puede suceder que se presente la reacción en sujetos que hubieran padecido una tifoidea tan leve que no hubiese sido diagnosticada como tal. Sirve también para descubrir la influencia de una epidemia reinante en personas que al parecer han quedado sanas, ó que sólo han tenido un ligero movimiento febril.

El Dr. V. Pechère (2), después de haber examinado el suero sanguíneo, de 200 personas, entre ellas 30 tifoideos, deduce que este examen da resultados seguros para el diagnóstico.

(1) Revista de Medicina y Cirugía prácticas, tomo XLI, pág. 598.
(2) *Annales de Bruxelles*. Tomo VI, cuad. 2.° y 3.°.

El Dr. A. Staehlin, de Basilea (1), deduce del examen del suero de 69 tifoideos y de otros sujetos, en quienes se sospechaba esta afección, que la falta de aglutinación, si se trata dè un caso sospechoso, no es prueba de la no existencia de la fiebre tifoidea; si el resultado es positivo y se ha empleado un grado medio de concentración, es prueba inequívoca de que se trata de dicha enfermedad; si el resultado es negativo desde la segunda semana de la enfermedad, aun con un grado débil de dilución, es muy probable que no se trate de fiebre tifoidea; en cambio, si en las mismas circunstancias el resultado es positivo, es prueba indudable de la naturaleza tífica del mal.

Los Dres. D'Espine y Mallet (2) refieren que el resultado del examen fué positivo en los 18 casos de fiebre tifoidea, ó afine á ella, en que lo practicaron, y negativo, excepto en dos, en los 35 enfermos de otras afecciones, sin que se les haya alcanzado la causa de tal resultado positivo en dichos dos enfermos, que por cierto eran tuberculosos del pulmón. En algunos casos de tifoidea, no se presenta la reacción de Widal en los primeros días y, por otra parte, también desaparece en los que preceden á la muerte.

De los estudios que el Dr. Epifanow (3) realizó en 80 tifoideos, deduce: que la reacción aglutinante en el primer período de la enfermedad, está en relación inversa con la gravedad del caso; que la aparición precoz de dicha reacción, ó sea al sexto día lo mas tarde, se observa generalmente en los casos leves, y que el examen de la sangre en el acmé de la enfermedad, da casi siempre resultado positivo, presentándose con lentitud y de un modo poco marcado tan sólo en los casos graves, y, por último, que la dilución de 1 por 20 es la más adecuada para comprobar la reacción de Widal.

De las investigaciones que el Dr. Otto Nægeli practicó con motivo de la epidemia de fiebre tifoidea que en el Asilo de pobres de Oberbipp (Cantón de Berna), se presentó en marzo de 1899, atacando á 42 de los 45 asilados (4), deduce que la reacción de Widal no sólo descubre los casos abortivós y ambulantes de fiebre tifoidea, sino aun aquellos que permanecen latentes en el concepto clínico, observándose hasta en sujetos que ya hace años han pasado la enfermedad.

Del examen que el Dr. Georg Albanus practicó en 173 enfermas del Hospital de Obuchów (5), de las cuales 141 eran tíficas, resulta que

(1) *Korrespondenzbl f. Schweizer Arzte* 6-1898.
(2) *Revue Médic. de la Suisse Romande.* 20-3-1898.
(3) *Bolnitschnaja Gazzeta.* Botkina, 2-1898.
(4) *Korresp. Bl. f. Schw. Arzte*, 18, 1899.
(5) *St. Petenburger méd. Wochenschr*, 45, 1899.

la reacción de Widal se presentó en el 94'4 por 100 de los casos indudables de fiebre tifoidea. A juicio del autor, un resultado positivo demuestra con seguridad la existencia de la infección tífica; en cambio, un resultado negativo la excluye con gran probabilidad, pero no de un modo indudable y terminante.

De los 147 casos de fiebre tifoidea (con 17 muertes) que el doctor J. Karcher refiere haberse presentado (1) en Basilea, en los meses de febrero y marzo de 1898, sólo en uno dejó de observarse la reacción de Widal, y en cambio, ésta fué en algunos de dichos casos, el dato que aclaró por completo el diagnóstico.

Por último, para terminar este ya largo artículo, séame permitido exponer el resultado de las investigaciones que el reputado bacteriólogo Dr. Mendoza realizó en 11 casos de mis salas de tifoideas, elegidos por mí con el objeto de estudiar este asunto. La proporción que se empleó siempre fué la de 1 por 10.

Isabel M., de treinta y siete años; ingresó el 16 de septiembre de 1899 en la Sala 10 del Hospital Provincial, cama núm. 3. El día 20 se procedió á la extracción de una gota de sangre del índice izquierdo, previo lavado con agua jabonosa y disolución de sublimado; el alfiler era nuevo y esterilizado. Se dejó caer por su propio peso una gruesa gota de sangre sobre el porta, invirtiendo luego éste hasta que se verificó la coagulación. La aglutinación se presentó á los diez minutos. La enferma falleció al día décimo de estar en el Hospital, confirmando la autopsia el diagnóstico de fiebre tifoidea típica que se había hecho en la Clínica. No se sabe qué días llevaba de enfermedad cuando ingresó, pero las temperaturas de 40°,2 por la mañana y 40°,5 por la tarde que tenía el día de su ingreso, y los demás síntomas, hacían creer que se hallaba por lo menos al final del primer septenario.

Isabel O., de veintidós años, soltera; ingresó el 27 de octubre de 1899, en la cama núm. 3 de la sala expresada. La enfermedad se había iniciado el 7 del mismo mes. El examen del suero se practicó como en el caso anterior, y la reacción se presentó á los diez minutos. Esta enferma fué dada de alta el 26 de noviembre y había sido diagnosticada de fiebre tifoidea en período de declinación.

Antonia G., de veintitrés años; ingresó en la cama núm. 5 de la Sala 10 el día 13 de septiembre de 1899, pero ya había estado en otra sala desde el día 9. Se la diagnosticó de fiebre tifoidea en período de convalecencia, puesto que el día de su ingreso sólo tuvo 37° por la

(1) *Korresp. Blabt. f. Schweizer Arzte*, 16-17, 1899.

mañana y 37°,4 por la tarde, habiendo podido dársela el alta el día 26. El examen del suero se practicó el día 20 y la reacción de la aglutinación se presentó á los diez minutos.

Concepción J., de doce años; ingresó en la cama núm. 2 de la Sala 8, el día 14 de septiembre de 1899. El primer día de su ingreso tuvo 38°,9 por la mañana y 39°,3 por la tarde, pero al quinto día ya era normal la temperatura matutina, al undécimo ya era subnormal la de la tarde y el 7 de octubre ya se la pudo dar el alta. El día 23 de septiembre se procedió al examen del suero, presentándose la aglutinación á los quince minutos,

Dolores G., de trece años; ingresó en el Hospital el día 7 de octubre de 1899, y en la Sala 10, cama núm. 14, el día 13 del mismo mes, en plena convalecencia, puestó que la temperatura de la mañana el día de su ingreso fué de 36°,7 é igual cifra dió la de la tarde, dándosela de alta el día 29 de septiembre. El día 20 se procedió al examen del suero y también se observó la reacción, pero tardó veinte minutos en presentarse.

Segunda A., de trece años; ingresó en la Sala 10, cama núm. 12, el día 13 de septiembre de 1899. El segundo día, su temperatura era 37°,0 por la mañana y 37°,7 por la tarde, y el 24 de septiembre se la dió de alta. Este caso se diagnosticó de dudoso, mas á pesar de ello el examen del suero, que se practicó el día 20 dió la reacción de aglutinación, pero á los veinte minutos, lo mismo que en el caso anterior.

Remedios N., de diecisiete años; ingresó en la cama núm. 8 de la Sala 8, el día 15 de septiembre de 1899. Este caso fué de los más típicos, y á pesar de ello la reacción de aglutinación no se presentó hasta los cuarenta y cinco minutos y fué menos activa que en los casos anteriores. El examen del suero se practicó el día 23, ó sea á los ocho días del ingreso de la enferma.

Emilia N., de cuarenta y ocho años. Estaba como enferma en el Hospital desde el día 21 de abril de 1899, pero no ingresó como tifoidea en la Sala 8, cama núm. 19, hasta el día 21 de septiembre del mismo año. Se la diagnosticó de fiebre tifoidea típica con localización pulmonar muy marcada. Esta enferma falleció el día 2 de octubre, y en la autopsia se encontraron : gran edema pulmonar, nefritis intersticial crónica, hipertrofia del ventrículo izquierdo y úlceras tíficas en el ciego. El examen del suero, que se practicó el día 23, dió la reacción de aglutinación, pero ésta tardó en presentarse una hora.

María M., de veintiocho años; ingresó el día 16 de septiembre de 1899 en la Sala núm. 8, cama núm 10, y fué diagosticada de caso dudoso. A pesar de ello, el examen del suero que se llevó á cabo el día 23, dió á los veintitrés minutos la reacción de Widal.

Pilar D., de treinta y un años; ingresó en la cama núm. 2 de la Sala núm. 10, el día 13 de septiembre de 1899, y falleció el 26 del mismo mes, habiendo sido diagnosticada en vida de tifoidea típica, y presentando en la autopsia las lesiones propias del fin del segundo septenario. A pesar de ello, la reacción de Widal, que se trató de obtener el día 20, no se presentó hasta la hora y media.

Carmen L., de veintisiete años; ingresó en el Hospital el 8 de septiembre de 1899, y en la Sala 8, cama núm. 13, el 22 del mismo mes. Tanto por el examen físico del pecho, como por los demás síntomas, se diagnosticó el caso de tuberculosis generalizada, no obstante el aspecto general de la enferma, que recordaba el propio de un caso de tifoidea grave en el tercero ó cuarto septenario. El día 23, ó sea al siguiente del ingreso, se procedió al examen del suero, notándose á la hora y media indicios tan solo de coagulación. Al segundo día de observación falleció esta enferma, encontrándose en la autopsia los pulmones acribillados de tubérculos; la superficie del peritoneo de color de pizarra; las asas intestinales adheridas unas á otras y formando con el peritoneo bolsas llenas de serosidad; en la fosa ilíaca derecha necrosis intestinal con perforación; los ganglios mesentéricos caseosos.

No era, por lo tanto, un caso de tifoidea, y el examen del suero dió un resultado en armonía con el diagnóstico clínico y con el anatomo-patológico. Bueno es recordar que de los poquísimos casos de que hacen mérito los autores de afecciones no tíficas que dan reacción de aglutinación, las de tuberculosis figuran siempre muy en primer término.

Feliciana G., de quince años; ingresó en el Hospital el 13 de septiembre de 1899, y en la Sala 10, cama núm. 26, el día 15 del mismo mes. Por el aspecto clínico del caso, y principalmente por la marcha que siguió, se diagnosticó de dudoso. Con una toma de aceite de ricino y un tratamiento expectante, pudo dársela de alta el día 25, ó sea á los doce días de su ingreso en el Hospital. El día 20 se practicó el examen, y después de una hora no se notan fenómenos de aglutinación.

Por lo tanto, también en este caso ha habido armonía entre la clínica y el laboratorio.

De la lectura de las observaciones que acabo de exponer, y sobre todo de la exposición que he hecho de las ajenas, creo que se pueden deducir las conclusiones siguientes:

1.ª La reacción de Widal se presenta casi siempre en los individuos que padecen de fiebre tifoidea.

2.ª También se observa, aunque no con tanta frecuencia, en los convalecientes de esta enfermedad, y hasta en sujetos que la han padecido hace algún tiempo.

3.ª Es muy excepcional que se observe en personas que no padecen, ni han padecido, tifus abdominal. Entre estos casos excepcionales los de tuberculosis ocupan un puesto muy importante.

4.ª Se presenta en los casos leves de fiebre tifoidea y en los de sintomatología mal definida, si no con tanta frecuencia como en los casos típicos, con la suficiente para aclarar el diagnóstico en muchas ocasiones y hasta para descubrir la existencia de formas levísimas del tifus abdominal, que de otro modo hubieran pasado inadvertidas.

5.ª Respecto al pronóstico, por ahora no parece que la reacción de Widal puede prestar servicios positivos.

PROLAPSO ÚTERO-VAGINAL EN UNA EMBARAZADA DE SIETE Á OCHO MESES

MUERTE DE LA MADRE Y DEL NIÑO

POR EL DOCTOR

D. JOAQUIN CORTIGUERA

Especialista en partos y enfermedades de la mujer (Santander).

Doña N. N., de treinta y tres años, multípara, de constitución delicada, linfática, tuvo desde su tercer parto, hace más de dos años, un prolapso de la pared anterior de la vagina que no quiso atender porque en nada le molestaba. Un año más tarde, en su cuarto alumbramiento, hallé más acentuada la lesión; las dos paredes vaginales estaban caídas y el cuello uterino llegaba muy cerca de la vulva. A pesar de mi insistencia para que se pusiera en tratamiento y evitase mayores males, nada quiso hacerse y no volví á tener noticias suyas hasta que en el sexto mes de su último embarazo fuí requeri-

do para asistirle porque sentía salir de sus genitales un flujo sanguinolento. Tenía entonces las paredes de la vagina muy varicosas, según correspondía á la hipervascularización de su estado de preñez y á la ptosis de aquellos tejidos, y el cuello se encontraba á dos centímetros del orificio vulvar estando acostada la enferma.

Advertí que todo ello era consecuencia del mal que no había querido remediarse y que, ya que no otra cosa, por el momento se hicieran lociones desinfectantes y astringentes seguidas de la aplicación de una compresa de algodón con vaselina boricada, para evitar traumatismos, permaneciendo en cama. A los dos días de tal tratamiento, encontrándose aliviada, abandonó las precauciones aconsejadas y volvió prontamente á hacer su vida ordinaria; pero mes y medio más tarde reclamó de nuevo mi presencia porque le era imposible andar ni estar sobre sus piés sin notar grandes molestias; tenía escalofríos, dolores en el hipogastrio derecho que aumentaban con la presión y otros que venían con una intermitencia irregular y se extendían por todo el vientre, pareciéndose algo, aunque poco, á los del parto; la temperatura oscilaba entre 38°,5 y 39°; el pulso latía 110 veces.

Acostada, encontré pendiendo entre los muslos una masa del tamaño de una cabeza de feto á término, y esta masa comprendía el cuello uterino y una parte del segmento inferior teniendo por altura toda la correspondiente á la vagina invertida que los envolvía; la masa estaba edematosa, fuertemente azulada, y en su extremo más externo é inferior se veían los labios del cuello abultados, entreabiertos y revestidos de una gruesa capa de aspecto diftérico que ocupaba una extensión de dos centímetros de altura en el labio anterior y uno en el posterior; el flujo era sanguinolento, de maceración, y el olor cadavérico; la capa difteróidea penetraba por el interior de la cavidad cervical en una extensión que calculé de tres centímetros aproximadamente. La palpación abdominal permitía observar algunas contracciones indoloras del útero y movimientos poco intensos y menos extensos del feto que presentaba su dorso hacia el lado izquierdo y la pared anterior del vientre, la cabeza en el hipocondrio derecho y la pelvis cerca de la fosa ilíaca izquierda. La presión despertaba el dolor en la región del ligamento ancho derecho y me pareció observar también un ligero edema en este sitio.

A nadie puede ocultarse lo crítico de tal situación, de la que no conozco ejemplar en mi memoria ni en mi práctica, si bien no he rebuscado con este motivo la literatura correspondiente. Me encon-

traba en presencia de una necrosis del cuello uterino producida por el advenimiento de organismos saprófitos que hallaron un excelente caldo de desarrollo á beneficio del flujo vaginal, la orina y los múltiples traumatismos sépticos que debió sufrir esta región en contacto con las ropas, los muslos, el polvo atmosférico, el del suelo, etcétera, en condiciones tan abonadas como yo no podía haberlas imaginado. La sepsis invadía el cuello y caminaba por los linfáticos ó tal vez por las venas hasta el ligamento ancho, por lo menos, y probablemente á otras regiones uterinas, puesto que ya se observaban dolores más semejantes á los neuríticos que á los de contracción muscular. La absorción estaba haciéndose y la criatura vivía ya precariamente; todo cuanto el médico debe hacer hoy en cuanto á la profilaxia de la sepsis, se había venido ya á tierra y teníamos al enemigo en nuestra propia casa.

Por de pronto era preciso reducir aquella masa y sostenerla dentro de la vagina, repuesta; no resultaba lo primero fácil á causa del edema, pero pudo conseguirse después de algunas presiones y de ligero amasamiento. En ésta situación teníamos la sepsis en la vagina, pero al menos la circulación se haría mejor y las molestias propias de la ptosis cederían. No podía pensarse en la amputación del cuello porque no se limitaban á él las lesiones; y si se hacía muy alta teníamos que invadir el segmento inferior del útero, región anatómicamente poco disponible para el caso. La provocación del parto con sondas ó globos tenía el grave inconveniente de ser preciso atravesar forzosamente el terreno infectado y llevarlo á la cavidad del útero y á la del huevo. La operación cesárea, en interés del niño, podía discutirse porque aún vivía si bien débilmente; pero en cuanto á la madre, estaba contraindicada por la sepsis del ligamento ancho cuando menos; no podía hacerse conservadora ni siquiera de Porro sino total, y es casi evidente que no hubiera podido evitarse el derramamiento de materiales infectantes en el peritoneo, sin contar con que la paciente no contaba con energías bastantes para soportar esta intervención; y con respecto al niño ya hemos dicho que probablemente no hubiese vivido porque no era de término, hacía de una madre pobremente constituída y se movía muy poco; hasta había motivos para sospechar que estaba ya nadando dentro de un huevo infectado. Por todas partes veía yo el horizonte en extremo nublado; y ante todas éstas dificultades, con la remota esperanza de que pudiera combatirse la necrosis del cuello y que surgiera el parto espontáneo, y por tanto sin que los instrumentos

ni las manos condujeran grandes masas de substancias nocivas, decidí esperar los acontecimientos cuidando de la desinfección útero-vaginal lo mejor que me fuese posible.

En el primer dia del tratamiento local, y tomando un gramo de sulfato de quinina, desapareció la fiebre y se hizo más lento el pulso; el aspecto de la enferma era más satisfactorio y se veía en el cuello un círculo de eliminación de la escara; los dolores continuaban con cierta intermitencia, pero no regulares en su periodicidad ni tan parecidos á los del parto que no pudiera diferenciárseles. Se administró un tónico á la enferma, se procuró alimentarle y siguió el tratamiento local desinfectante dos días más sin poder ganar mucho terreno, pero notándose el comienzo de eliminación de la escara; la madre y la criatura continuaban en el mismo estado y en la tarde de éste día tuvo aquélla dolores más seguidos y más fuertes y uno, el último, tan intenso que le obligó á buscarme antes de la hora acostumbrada; administré una inyección de morfina y una poción calmante. El dolor tenía su asiento en el ligamento ancho derecho y no pude comprobar signo alguno de rotura uterina, ni había antecedentes de apendicitis ni de anexitis; se irradiaba hacia la pierna derecha y tal vez se debiera á una embolia. Desde este momento cesó la intranquilidad de la enferma, pero se presentó la somnolencia que parecía debida al cloral y al opio y que probablemente era ya séptica.

Dos días más tarde encontré una mejoría notable en la escara del labio anterior, por desgracia acompañada de la irrupción de la necrosis hacia el fondo vaginal posterior, y con esta circunstancia coincidió la mayor frecuencia del pulso que volvió á latir 100 veces; cuando volví á verla, cuatro horas más tarde, encontré 120 pulsaciones y 32 inspiraciones; había dos ó tres petequias en las nalgas; la somnolencia iba en aumento á pesar de haber suprimido la poción calmante y reforzado la tónica; el niño no se movía; el abdomen estaba más tenso y algo edematoso y todo hacía temer una notable agravación. La noche fué muy mala y al siguiente día entró en el período preagónico que fué corto; el vientre se timpanizó, la somnolencia era un coma profundo, había 150 pulsaciones y 40 inspiraciones. El cuello estaba permeable y por él fluía un líquido sumamente fétido, rojizo, de aspecto y consistencia de un puré; puse un guante de goma y penetré, dilatándolo, llegué á tocar un pié, y más arriba el cordón flácido, sin latido alguno, cerciorándome de que nada extremo podía intentarse ya tampoco en favor del feto, y

á los pocos momentos expiró la madre con todos los signos de una intoxicación saprémica aguda.

He relatado el caso con algunos detalles porque parece extraordinario pensar que un prolapso uterino, bien fácil de aliviar, si no de curar radicalmente, ha podido en circunstancias excepcionales, matar á la enferma y á su fruto de concepción por sepsis; creo que la situación en que se ve colocado el médido es bastante crítica para merecer una comunicación á los compañeros de profesión, y entiendo que tal suceso no se repetirá fácilmene, pero que hay que contar con su posibilidad cuando se trate de formular el pronóstico de aquella lesión de estática. Si á mí me volviera á ocurrir, otra vez me intrigaría grandemente; pero creo que, tratándose de un individuo de regulares defensas orgánicas, tal vez me inclinara decididamente por la amputación del cuello y el parto forzado y rápido inmediato.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital General.

TRATADO PRÁCTICO DE LAS OCLUSIONES DEL INTESTINO, por el Dr. D. Angel Pulido. Madrid 1899-1900.

De algunos años á esta parte es cada vez mayor la producción de la literatura médica española. Pero á pesar de dicho movimiento productivo, no abundan los trabajos que se caractericen por alguno de los tres rasgos siguientes: por ser el fruto de investigaciones originales, por preocuparse de la bibliografía nacional y por aspirar á ser obras de consulta.

Mucha abnegación, bastante tiempo, regular inteligencia, no escasa penetración, vasta cultura, superior criterio é infinito amor á la patria, son necesarios para componer obras en que se destaque alguno de dichos rasgos que, en última síntesis, vienen á representar las líneas más salientes del cuadro de las causas que han llevado á otras naciones á la vanguardia de la literatura médica. Tiempo, inteligencia, penetración, cultura y buen criterio no faltan á los mé-

dicos españoles, pero tal vez no esté suficientemente proporcionada con estas cualidades la abnegación, ni siquiera ese amor á su país que es capaz de llevar desde el simple sacrificio hasta el ejemplar martirio.

Por esta falta de proporción se concibe que todos los días vean la luz pública en España, artículos, tesis del doctorado, memorias premiadas en los concursos y aun libros sin otra sanción oficial que la nacida en la propia convicción de su arriesgado autor, y, sin embargo, sean pocos los que representen una síntesis de investigaciones personales, clínicas ó de laboratorio, y aun menos los que den á conocer bibliografía española pacientemente entresacada de los polvorientos estantes de nuestras bibliotecas, ó los que valientemente desafíen á los textos extranjeros en su monopolio de obras consultivas.

En el número de esos pocos merece colocarse el *Tratado práctico de las oclusiones del intestino* del fecundo y castizo escritor médico, Dr. Pulido. Originalidad en la exposición, bibliografía española y aspiraciones legítimas á obra de consulta, encuéntranse reunidas en este libro que representa, sin duda alguna, la más valiosa muestra que de sus talentos y actividad ha ofrecido al público el autor.

La obra consta de dos tomos en 4.°, de 560 y 478 páginas respectivamente, de nutrida lectura. Está dividida en tres partes: en la primera, se ocupa de las oclusiones en general; en la segunda, de las oclusiones en particular; y en la tercera, de la terapéutica quirúrgica de la oclusión.

En la primera parte estudia la anatomía topográfica del vientre, la anatomía patológica de la oclusión, su semeiología general, sus medios exploratorios, diagnóstico, pronóstico y terapéutica médica. En la segunda parte estudia detalladamente y en particular las oclusiones determinadas por cada una de las hernias, por las bridas, por la invaginación, donde coloca la oclusión por divertículo de Meckel, por las flexiones, recodos y torsiones, por las estrecheces y por los cuerpos extraños; las oclusiones espasmódicas y paralíticas, la apendicitis (á la cual dedica un extenso capítulo—124 páginas—), la astricción habitual y coprostasis, y las oclusiones postoperatorias, ocupándose en cada uno de estos capítulos, ó en su mayoría, de las generalidades, de la anatomía topográfica y de la patológica, de la patogenia, de la etiología, del curso, del diagnóstico, del pronóstico y del tratamiento. Y en la tercera parte estudia la cirugía especial á cada una de las oclusiones, precedida de nociones

acerca de la cirugía general de la oclusión y de las indicaciones quirúrgicas generales.

Por este compendiado sumario de las materias contenidas en la obra pueden vislumbrarse los anchos horizontes en que se mueve y el gran acopio de conocimientos que el autor habrá aportado para ilustrar cada uno de los temas mencionados; mas, en modo alguno puede servir como único elemento de juicio para justipreciar el mérito intrínseco del libro. Para ello es preciso saber, además, que está escrito con la corrección y hermosura á que nos tiene acostumbrados el Dr. Pulido, sin pecar de empalagoso atildamiento ni de excesos retóricos; que es sobrio en el texto como corresponde á una obra más técnica que literaria, aunque nunca se excluyeron el tecnicismo y la literatura, digan lo que quieran los que siempre necesitaron intérprete para que se comprendieran sus escritos; que está ilustrado con 114 grabados, entre ajenos y originales; que comprende la exposición detallada de 227 historias clínicas de autores nacionales y extranjeros; y, por fin, que el número de citas bibliográficas es realmente portentoso.

No ocultaremos que quien lea el libro desde la primera palabra de la primera parte hasta la última del segundo tomo, tal vez encuentre cierto contraste entre la sobriedad del texto y las muchas páginas que ocupan las 227 historias clínicas y el traslado casi íntegro de las discusiones habidas en algunas sociedades, como en la cirugía de París, por ejemplo. Pero este contraste que, desde luego, pudiera ser calificado de lunar, el propio autor, en la introducción que precede á la primera parte y que el lector supuesto había pasado sin leer, lo desvanece, justificando su proceder en las siguientes palabras: «Motivos de índole estética nos han inducido muchas veces á retirar todo el historial clínico y entresacar de él las oportunas enseñanzas; pero cuantas veces lo hemos intentado, ha venido á impedirlo el temor de obscurecer asuntos ya por sí dificilísimos, y privar al lector de fuentes de ilustración, rayos de luz y atisbos de diagnóstico, que nosotros quizás no aprovecháramos bien».

Del propio modo, y por ser de precisión en todo trabajo original en que se quiera facilitar la compenetración del lector, procura en distintos pasajes y con apropiados razonamientos llevar la convicción al ánimo de éste respecto al adecuado curso que se sigue en el orden expositivo de materias.

Otro aspecto, tan valioso como simpático, del presente libro, es el referente á la bibliografía. Aunque en realidad casi toda es extranje-

ra, el Dr. Pulido ha procurado que llegara á sus manos todo lo español y si no ha llegado mucho y, por lo tanto, ha sido poco lo publicado, cúlpese á la escasez de nuestra literatura acerca del particular. Por cierto que, en la introducción, se lamenta de que en el Hospital General de Madrid sólo haya encontrado dos hojas de autopsia referentes á oclusiones y, lo que es más triste, se lamenta con razón como todos los profesores del Hospital nos lamentamos; pues no basta poseer un hermoso pabellón de autopsias, que debemos precisamente á las inagotables iniciativas del Dr. Pulido, para hacer detenidos exámenes cadavéricos, sino que es preciso un profesor de Anatomía patológica, dedicado exclusivamente á este trabajo y que no tenga que visitar diariamente unos cien enfermos, profesor que el Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial ha solicitado ya de la Diputación. De todos modos, no puede negarse que la bibliografía española, aunque escasa, ocupa sitio preferente en algunas páginas de este libro práctico y que, entre los periódicos médicos españoles, indudablemente esta REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS es la que está más honrada por la frecuencia de las citas.

Resulta, pues, del precedente análisis, que este *Tratado*, por el gran caudal clínico que atesora, es práctico; por el criterio personal con que resuelve ciertas cuestiones, es original; por la numerosa bibliografía con que lo documenta, es erudito; por la corrección con que está escrito, es ameno; por la extensión con que trata las materias, es consultivo; y por el interés que demuestra en citar los autores nacionales, es español.

El Dr. Pulido, cuya reputación como escritor está legítimamente cimentada y como médico y hombre de ciencia en ninguna ocasión fué discutida, acaba de coronar sus méritos y la gloria á que es acreedor con la publicación de este libro práctico, original, erudito, ameno, consultivo y español.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

La atrofia general infantil y las inyecciones de suero. — El Dr. Martínez Vargas, publica en *La Unión Médica de Lérida*, el siguiente caso clínico:

El 5 de octubre de 1899 ingresó en su Clínica de Pediatría de la Facultad de Barcelona un niño con tal enflaquecimiento y con aspecto tan miserable, que más parecía una momia que un ser vivo; abandonado entre las sábanas le encontró con sus extremidades en semiflexión, algo rígidas, la cabeza desviada con indiferencia, el pelo claro y lacio, la piel de un amarillo térreo, seca, áspera, pegada á los huesos, sin rastro de tejido adiposo subcutáneo, colgando en la parte interna de los muslos á modo de grandes colgajos; la cara con sus prominencias óseas muy marcadas, con los carrillos excavados, sin cojines de succión, con sus labios surcados por grandes arrugas, y su color obscuro sucio, parecía propiamente, la cara de un mono. Su abatimiento era tal, que no tenía ánimos para levantar una mano, ni para dirigir una mirada; apenas si tenía alientos para quejarse; más que el grito cuando se le provocaba el dolor, la exageración de las arrugas de la cara daba cuenta de su malestar. Su edad era de dos años; su peso de 5 kilogramos; su estatura de 65 centímetros; tenía los ocho incisivos, dos caninos y cuatro primeros molares.

Se trataba de un caso de *atrofia general infantil.*

Este niño había sido muy robusto hasta la edad de siete meses en que le crió su madre, en Puerto Rico; después por la emigración y por la miseria tomó una alimentación muy escasa y defectuosa, por consecuencia de la cual tuvo frecuentes diarreas y comenzó á enflaquecer hasta el grado en que se encontraba.

Dispuso la regularización de las funciones digestivas con la dieta láctea; una medicación especial, á base de ácido clorhídrico y pepsina y se le hicieron inyecciones subcutáneas en la pared abdominal, de 100 centímetros cúbicos de suero artificial, mañana y tarde. Media hora después de haber hecho la inyección, aumentaba la tensión arterial, y el número de pulsaciones bajaba de 125 á 96; el calor, experimentaba un aumento de cinco á seis décimas.

Al cabo de ocho días, el niño había mejorado mucho de aspecto, á los veinte días pesaba 8 kilogramos y medía 68 centímetros, esto es, había aumentado 3 kilos de peso y 3 centímetros de estatura. Estas ganancias orgánicas, fueron haciéndose más considerables hasta adquirir un desarrollo satisfactorio y una viveza extraordinaria; en la actualidad, 10 diciembre, pesa 8'4990 kilos.

Por lo que ha podido observar el Dr. Martínez Vargas en otros casos de su Clínica y sobre todo, por la rapidez con que se curan muchos enfermitos, se confirma cada vez más en la idea de la necesidad de incluir en la patolo-

gía infantil á la atrofia general, como síndrome especial independiente, ya sea con esta misma denominación ya con las de *atrepsia* de Parrot, *inanición* de Bouchaud, *cacotrepsia*, *marasmo infantil ó paidatrofia*.

Es esta una distrofia exclusiva de los niños menores de dos años, más frecuente en los seis primeros meses de la vida, cuyo mecanismo íntimo consiste en una insuficiencia nutritiva y en disminución de la fuerza de asimilación que se traduce por una disminución del peso orgánico. Las causas de la *atrofia esencial*, son una disminución de la fuerza nutritiva de la leche, ya por reducción de la cantidad total de este líquido, ya por escasez de la caseína ó de la manteca ó algún otro de sus principios nutritivos; también pueden engendrarla la alimentación artificial incorrectamente practicada, ó una alimentación mixta prematura y grandes desgastes líquidos por diarreas ó por fiebres; el raquitismo, la tuberculosis y otras enfermedades caquectizantes, producen la atrofia *secundaria* ó *sintomática*.

Esencialmente la atrofia infantil es un trastorno de orden químico, ligado al predominio del agua en los principios inmediatos del niño y dependiente de que la metamorfosis general es muy rápida en la juventud, ya por la celeridad de los procesos vitales y de la necesidad de aumentar los tejidos del cuerpo, ya por la precisión de sostener el equilibrio. Por esta razón, no pueden tolerar los niños la inanición mucho tiempo.

Si la atrofia no fuera como es una perturbación química con disminución de la parte acuosa de los tejidos y de la grasa subcutánea, no se podría explicar la prontitud y facilidad con que se cura á veces la atrofia de primer grado con solo rectificar la alimentación, ora suprimiendo los alimentos mixtos, ora regularizando el régimen de la nodriza, ora dándole un galactogogo, ora en fin, encomendando la crianza del niño á una nodriza nueva; una vez que están en vigor estas reglas, la balanza nos advierte que el niño aumenta en peso con incrementos diarios superiores á lo normal, como para subsanar en breve plazo aquellas mermas. Sin embargo, en algunas ocasiones para hacer más eficaz esta dietética, se requiere el uso de alguna cantidad de calomel ó de algún eupéptico, para limpiar el tubo digestivo de productos que pudieran dificultar la asimilación intestinal.

De lo expuesto se infiere que en su opinión no debe considerarse á la atrofia esencial como una septicemia, ni como una intoxicación ácida, ni como una auto-intoxicación, ni como una gastro-enteritis crónica vulgar, ni como una tabes mesentérica; porque, si bien algunos atrépsicos han sucumbido con forunculosis, con otitis media supurada y otras manifestaciones de pulmonía, tan solo en un número muy reducido de estos enfermos se han encontrado estreptococos y colibacilos; porque si bien Czerny, ha visto la respiración con inspiraciones profundas y paradas prolongadas, como en el coma diabético, esto solo se aprecia momentos antes de la muerte; porque, los extractos de órganos frescos, de estos niños muertos por atrofia, no producen fenómenos tóxicos en los animales; porque en casi todos los atrépsicos falta la fiebre, los vómitos insistentes, la diarrea con grandes deposiciones mucosas y los dolores intestinales; sin embargo, esta forma de Marfan ya es aceptable algunas veces; y finalmente, porque no se encuentran huellas de tuberculosis mesentérica y la curación se obtiene como en el caso presente, con rapidez y con procedimientos sencillos.

Se debe admitir en la atrofia primitiva una *forma benigna*, en la cual todos los trastornos son de orden químico y si acaso existen ligeras lesiones histológicas del epitelio intestinal, son éstas fácilmente reparables, y una *forma grave*, en la cual, los síntomas generales, son muy intensos; la escasez de agua en los tejidos, el espesamiento de la sangre, la dificultad de circulación sanguínea, los éxtasis venosos en algunas vísceras, el empequeñecimiento del cerebro, el cabalgamiento de los huesos craneanos, pueden originar serias complicaciones y aun la muerte misma; en esta forma pueden admitirse ciertas lesiones gástricas é intestinales de carácter específico.

En las autopsias que ha practicado Baginsky, una ó dos horas después de la muerte para excluir toda idea de lesiones cadavéricas, ha encontrado la mucosa del intestino normal en grandes trechos, y á nivel de las glándulas de Lieberkuhn, ha visto una proliferación celular manifiesta; algunas células penetraban en la profundidad de esas glándulas; en algunos puntos habían caido las capas superficiales de la mucosa, quedando al descubierto el cuerpo de esas glándulas; en resumen había atrofia de la mucosa intestinal.

Por su parte F. Fede, ha encontrado un adelgazamiento de la mucosa del estómago y del intestino con manchas obscuras ó azuladas, sin hundimiento ni ulceración, congestión é infiltración en la capa mucosa y submucosa atrofiadas por pequeñas células, pero conservándose constantemente las glándulas y las vellosidades, si bien algo reducidas de tamaño por la atrofia.

En la atrofia antes que al tratamiento del tubo digestivo hay que atender á la sangre. Es necesario ante todo favorecer la circulación, aumentar la tensión arterial, para evitar el espesamiento de la sangre, las auto-intoxicaciones, los éxtasis venosos viscerales, las trombosis y la irritación renal y, por consiguiente, abunda en las ideas de Jacobi de que en tales casos el principal remedio es el agua en cantidad suficiente. De las cinco vías que podemos utilizar, la venosa, la arterial, la subcutánea, la peritoneal y la rectal, considera el Dr. Martínez Vargas preferible la subcutánea.

Con este propósito hace años que ha empleado en los atróficos las inyecciones de suero artificial y de suero de caballo. Pero como quiera que este suero requiere un servicio especial para la extracción y conservación, como tiene además el inconveniente de producir numerosas y variadas erupciones cutáneas, y sus virtudes terapéuticas no son superiores á los demás sueros, ha adoptado como medio más práctico el suero artificial, la solución de cloruro de sodio al 10 por 1000, unas veces, y otras las soluciones con sulfato de magnesia y de sosa; en general, inyecta en las paredes del abdomen 100 centímetros cúbicos mañana y tarde.

Se comenzó á ensayar el suero de leche de vaca ora puro, ora asociado con arsénico y otras substancias; pero no tiene todavía bastantes observaciones recogidas para pronunciarse acerca de su validez. Deduce en conclusión que es forzoso incluir en los cuadros nosológicos la *atrofia general infantil* en dos formas: 1.ª, *benigna*; curable; 2.ª, *grave*; se acompaña de lesiones intestinales y suele terminar por la muerte.

El tratamiento más eficaz consiste en las inyecciones subcutáneas de suero artificial.

Un caso grave de hematemesis.—El Dr. D. José Ogazón Cirer, publica en la *Revista Balear de Ciencias Médicas*, el caso clínico siguiente:

J. N., de cincuenta y cuatro años, casado, padre de cuatro hijos, bien conformado, robusto, retirado del servicio de las armas por edad reglamentaria, no ha padecido enfermedad de importancia. De la vida relativamente tranquila del militar, se vió obligado á su edad á buscar trabajo, consiguiendo ser colocado de jornalero en la nueva empresa del gas, dedicándolo á abrir zanjas, faena pesada en viejos y sin hábito para esta clase de labores.

Hacía poco menos de un año que trabajaba, sin que sintiera la menor molestia; comía con apetito, digería bien, no padecía de hemorroides, hacía una á dos deposiciones diarias y disfrutaba de perfecta salud.

Cuando una tarde se retiró del trabajo, sintió gusto de sangre y escupió dos ó tres salivazos sanguinolentos, de los que no hizo caso; llegó á su casa, cenó á la hora de costumbre con su familia, se acostó y durmió toda la noche; por la mañana despertó muy bien, tomó café en la cama y tuvo que levantarse deprisa para ir al excusado. Dice que le pareció que hacía más de lo acostumbrado, aunque no le dió importancia; al poco rato tuvo náuseas y vomitó dos bocanadas de sangre, lo que le impresionó mucho y como pudo llegó á la cama, sintiendo que perdía las fuerzas y un dolor en el estómago que le molestaba bastante. Pocos minutos después de haberse acostado se repitió el vómito, saliendo la sangre por la boca y nariz cada vez que se contraía el estómago, y con tanta abundancia, que en corto intervalo llenó dos escupideras y una jofaina regular.

Breve rato después vió al enfermo el Dr. Cirer; su aspecto era deplorable, estaba en posición supina, los brazos caídos casi sin movimiento, el rostro extremadamente pálido, cubierto de sudor frío y viscoso, las mucosas de los labios blancas, lengua muy saburral, inspiraciones tardías y profundas, pulso apenas perceptible y lento, extremidades frías y sudorosas, mucha sed, ligero dolor por debajo del apéndice xifoides, inteligencia perfecta, voz sumamente débil y ansiedad extrema, estando bien manifiesta la expresión del terror. En una escupidera había mezclados restos de alimentos, bastantes mucosidades, café y manzanilla que había tomado antes; en las otras dos el contenido era sangre con algún poco de saliva. Aquella era encarnada, formando coágulo y sin señales de haber sido macerada por los jugos del estómago; el Dr. Cirer calculá que había cerca de tres litros.

El Dr. Cirer recomendó quietud absoluta, pedacitos de hielo en la boca, compresas con agua helada en el epigastrio, bayetas calientes en las extremidades; practicó una inyección hipodérmica de un gramo de éter, y una poción con 100 gramos de vehículo, 3 de ergotina, 1 de ratania y algunas gotas de tintura de opio, para tomar á cucharadas cada media hora.

Dos horas después de la primera visita no había vuelto á vomitar, siguiendo el mismo estado de postración, aunque le pareció más animado, el pulso muy débil, pero mucho más frecuente, y mandó preparar una inyección de gelatina por lo que pudiera ocurrir.

Por la noche no había habido novedad; suspendió las compresas heladas y espació la poción á cada dos horas.

El día siguiente por la mañana, el paciente estaba algo animado; las extremidades estaban templadas, el pulso seguía débil y frecuente, había des-

aparecido el sudor, movía los brazos y piernas por sí sólo, y la voz, aunque débil, era más sonora; dijo que los pedacitos de hielo le daban dolor de estómago cada vez que los tomaba, que le parecía que tenía ganas de tomar alimento, que no tenía deseos de evacuar, que había orinado un poco y que la orina era de color subido y que el dolor epigástrico era más tolerable. Suspendióse el hielo, siguió con la poción cada dos horas y cucharadas de leche helada.

No volvieron á presentarse vómitos, fué aumetando progresivamente la cantidad de leche asociándola con bizcochos, alternando más tarde con caldos desgrasados, sopas y carne asada; se suspendió la medicación á los tres días; mediante un enema de agua hervida se produjo una evacuación abundante de materias duras y negras; que á esta deposición se sucedieron otras naturales y de aspecto normal, desapareció el dolor epigástrico, y á los doce días el enfermo se encontraba bien, exceptuando el estado anémico y debilidad consecuentes á una hemorragia tan abundante.

Dejó aquel destino, han pasado casi cinco meses desde su primera indisposición sin que se haya encontrado afectado de la menor molestia: come de todo, duerme bien, cumple con su deber sin violentarse, y por lo tanto, se le considera completamente curado.

A propósito de este caso, el Dr. Cirer hace las siguientes consideraciones:

«Como no hay efecto sin causa, lógico es suponer que la sangre perdida por este sujeto procedía de una víscera en la que un vaso se había roto, bien por traumatismo, ó bien por lesión en la estructura de sus paredes.

Empieza, pues, por descartar los traumatismos, objetos extraños con corte ó punta que con intención ó sin ella se hayan tragado, la gastritis ulcerosa por ingestión de substancias cáusticas, las afecciones del corazón y del pulmón, los tumores aneurismáticos, la supresión de hemorroides, la cirrosis hepática, las enfermedades infecciosas, el histerismo, el ateroma arterial y la hemofilia.

La úlcera del duodeno puede también dar lugar á hematemesis, pero en este caso no existen las dispepsias intestinales, melenas, ni dolor; por lo tanto, descarta también la lesión intestinal.

El cáncer del estómago tampoco lo acepta, porque un individuo bien nutrido y que come de todo, no es fácil que padezca una enfermedad que su principal carácter son las malas digestiones, el dolor y el aniquilamiento.

La enfermedad de Cruveilhier ó úlcera redonda del estómago con sus diversas sinonimias, es verdad que puede ser indolora y permanecer ignorada por el paciente, pero en el caso presente han pasado cinco meses desde que se inició la hematemesis, el enfermo no se queja, no tiene vómitos, come y bebe lo que le place ó lo que le permiten sus recursos, y sobre todo está gordo y robusto. ¿Se comprende una úlcera del estómago en un individuo en estas condiciones? Cree que esta dolencia no encaja en este enfermo.

Se fija también en la existencia de tumores benignos de la mucosa estomacal, recientemente estudiados por Hayem, que publicó un trabajo en la *Presse Medical* del 4 de agosto de 1897; y, sobre todo, en el pólipo, que es el de que el autor se ocupa con más atención. La sintomatología de esta dolencia es por demás obscura desde el momento en que es compatible con la salud; puede el enfermo tener implantado un tumor poliposo en la mu-

cosa de su estómago y no darse cuenta de ello, á menos que dicho tumor sea muy pediculado y acabe por desprenderse, produciendo ligera hemorragia que puede pasar desapercibida; pero en este caso queda la ulceración del pedículo, que desde aquel momento queda incluída en la categoría de la úlcera estomacal con sus síntomas especiales, que podrán tardar más ó menos en manifestarse, pero que á la postre indicarán la lesión que no he admitido en nuestro enfermo.

Y por último, puede haber estados varicosos de los plexos venosos de la mucosa estomacal; pues el trabajo que hacía este individuo era por demás pesado, en los meses de calor expuesto desde por la mañana hasta la noche á los rayos solares, cubierto continuamente de sudor, bebiendo agua muy á menudo y quizás algunas copas de mal aguardiente, la falta de costumbre para esta clase de trabajos y el movimiento violento del tronco para manejar el azadón, ¿no son suficientes causas para producir un obstáculo á la circulación de la vena porta, y con él, un estado de plenitud del sistema venoso del hígado que sin lesionarse directamente pudo contribuir á aumentar la tensión sanguínea de las venas del estómago, constituyendo verdaderas várices de los plexos pilórico y cardíaco, y que alguno de éstos, no pudiendo resistir el exceso de presión diera lugar á la hemorragia á que vengo haciendo referencia? En este hombre no ha sido otra la causa».

El Dr. Cirer diagnosticó por todo lo expuesto el caso actual de *hematemesis producida por variz estomacal.* — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 26 *de Diciembre de* 1900.

Acidez urinaria y ácido fosfórico. — El Dr. CAUTRU: Sólo examino la orina en ayunas para evitar los errores debidos á la variación continua de la acidez de una orina de veinticuatro horas, y para conocer la acidez sanguínea lo más exactamente posible, evitando las influencias alimenticias. Los Dres. Robin y Mathieu piensan que si los hiperclorhídricos que vomitan pueden tener orinas hipoácidas, los otros que absorben su ácido clorhídrico en exceso en el estómago, son con mucha frecuencia hiperácidos. Pues bien; de 34 hiperclorhídricos que no tenían vómitos continuos, no he encontrado más que tres hiperácidos urinarios en ayunas por el método de Joulié; cinco de estos enfermos hasta tenían orinas alcalinas. Los doctores Hirtz y Brouardel desconfían del fósforo y del ácido fosfórico, puesto que han visto que en los animales provocaban la esteatosis del hígado. Creo

que en esto se trata de una cuestión de dosis, puesto que, si el fósforo es evidentemente peligroso á grandes dosis, da, en cambio, excelentes resultados cuando se maneja, como todos los venenos, con gran prudencia. He practicado un gran número de inyecciones de aceite fosforado y han sentado muy bien á mis enfermos. En cuanto al ácido fosfórico me parece también difícil asimilarle al fósforo, del mismo modo que el nitrógeno al ácido nítrico, el azufre al ácido sulfúrico, etc. El ácido fosfórico se transforma en la economía en fosfato de sosa. Algunos de mis enfermos le toman á grandes dosis desde hace uno, dos y aun tres años, y su hígado se encuentra en perfecto estado. Para terminar, diré que me coloco absolutamente al lado de Bardet, en lo que se refiere á la neurastenia, que no debe confundirse con los estados del hiponutrición ni de debilidad del organismo de origen gástrico. La neurastenia verdadera va siempre acompañada de hiperacidez urinaria y el ácido fosfórico sienta perfectamente; los estados neurasténicos, de origen gástrico, se acompañan de hiperacidez en el 90 por 100 de los casos; se mejoran por el uso del ácido, pero es necesario añadirle un régimen severo, sin el cual el resultado sería incompleto. En comunicaciones anteriores he hablado de las contraindicaciones del ácido fosfórico; ahora sólo diré que aconsejo siempre comenzar por muy débiles dosis para llegar rápidamente, si el medicamento se tolera bien, á las dosis de 2 á 10 gramos por día de ácido fosfórico oficinal. Las indicaciones son las de los estados hiperácidos crónicos (artritismo, tuberculosis, cáncer, estados caquécticos sin albuminuria, etc.), agudos (enfermedades agudas infecciosas) y pasajeros (embarazo, lactancia).

Un caso de bacteriuria tratado por el salol.—El Dr. Tsochonis: Un hombre de treinta años me consultó el verano pasado por una blenorragia reciente de la uretra anterior; después de examinarle ví que el olor de su orina era de una fetidez nauseabunda, la cual databa de muchos meses. La blenorragia, convenientemente tratada, ha cedido en tres semanas, pero la fetidez de la orina, alterada por innumerables corpúsculos (aglomeración de colibacilos comprobados por el análisis completo, al microscopio), persistió á pesar de los lavados más antisépticos dirigidos contra la vejiga que parecía sana; por parte de los riñones no había ninguna alteración funcional. Tengo motivos para creer con J. Janet que la bacteriuria está provocada por un escape microbiano, á través de los riñones, cuya fuente más frecuente es el intestino, puesto que mi paciente se quejaba de estreñimiento, y yo mismo he podido comprobar que padecía una ligera enterocolitis muco-membranosa. Acudí al salol á la dosis de 2 gramos al día, en cuatro tomas, durante una semana, sin descuidar á la vez el tratamiento del intestino; los resultados han sido más que satisfactorios. Hasta aquí me había servido de la urotropina con grandes ventajas, pero en los casos en que las vías urinarias estaban infectadas, es decir, en la microbiuria, mientras que en este caso de bacteriuria propiamente dicha, es decir, á colibacilos, el salol ha triunfado sin que fuera necesario recurrir á la urotropina.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 19 *de Diciembre de* 1900.

Dos casos de cirugía del estómago. — El Dr. Routier : Trátase de dos observaciones enviadas por el Dr. Lafourcade. En la primera se trataba de una mujer de treinta y tres años que tenía en el epigastrio un tumor del tamaño de una mandarina, sin alteraciones gástricas anteriores y sin dilatación, pero de algún tiempo á esta parte había enflaquecido notablemente. El doctor Lafourcade hizo el diagnóstico de tumor del píloro que fué confirmado por la laparotomía. Se hizo la resección del píloro por el procedimiento de Billroth ; la enferma curó y continúa curada desde hace treinta meses ; el tumor era un epitelioma. En el segundo caso se trataba de una mujer con alteraciones gástricas que databan de tres años ; no tenía tumor, pero sí una dilatación considerable del estómago. El Dr. Lafourcade hizo el diagnóstico de estrechez cicatricial del píloro consecutiva á la úlcera. Se hizo la laparotomía y se encontró una faja de tejido fibroso de mucho espesor que envolvía como medio anillo las caras anterior é inferior del estómago. Se practicó una gastro-enterostomía anterior. Durante los primeros días subsiguientes á la operación, hubo síntomas alarmantes, pero la mujer acabó por curar y continúa curada. En mi opinión, el diagnóstico del segundo caso ha sido algo atrevido, puesto que tal vez también se tratara de un cáncer. De todos modos hubiera preferido la pilorectomía más radical, que la operación hecha por el autor, aunque la gastro-enterostomía anterior es preferible á la posterior.

El Dr. Guinard : Las lesiones del estómago son difíciles de diagnosticar de ordinario, aunque se haga la laparotomía, como lo prueba el siguiente ejemplo : Se trataba de un enfermo que padecía del estómago desde hace tres años, sin vómitos, pero con enflaquecimiento. Practicada la laparotomía ví un píloro con estrechez fibrosa que comunicaba con una bolsa que parecía el estómago dilatado ; sólo practiqué la piloroplastia. El enfermo murió dos días después y á la autopsia encontré que el estómago dilatado que había visto, no era todo el estómago, puesto que otra parte estaba situada más arriba y separada de la primera por una estrechez.

El Dr. Poirier : Participo de la opinión de los Dres. Routier y Guinard, en cuanto á la dificultad del diagnóstico de las lesiones del estómago, y hoy mismo he operado á un enfermo en el que encontré en el curso de la operación, una gran faja fibrosa alrededor del píloro, cuyo origen no he podido descubrir.

El Dr. Reclus : Hace un año ví un caso análogo al del Dr. Guinard en el que se trataba también de un estómago bilobulado, pero pude anastomosar las partes dilatadas ; el enfermo curó. Recientemente he operado á un enfermo en el que con el Dr. Terrier, habíamos notado un tumor en la cara anterior del estómago hace algunos años ; dicho tumor había desaparecido después y en el curso de la operación reciente no he encontrado más que una úlcera del píloro.

El Dr. Tuffier : El diagnóstico de las lesiones del estómago antes, du-

rante y después de la operación, en todos estos casos puede ser difícil; ni los síntomas gástricos, ni el tumor pueden siempre convencer. Para mí la mayor parte de lesiones del estómago, pueden tratarse por la gastro-enterostomía posterior.

El Dr. Hartmann: El diagnóstico de las lesiones del estómago, puede hacerse durante la operación y nosotros, los cirujanos, debemos hacerle.

Codina Castellví.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 11 *de Diciembre de* 1900.

Endocarditis vegetante reumática con embolias múltiples.—Los Dres. Barbier y Tollemer: El reumatismo es grave en los niños por las lesiones cardíacas múltiples que provoca, y por la evolución de éstas, según demuestra la observación siguiente: Al octavo día de un reumatismo de marcha benigna, una niña de once años fué acometida repentinamente de afasia, y en los días siguientes, de hemiplegia derecha progresiva. Murió con fenómenos de meningo-encefalitis, con escara sacra derecha y púrpura. La autopsia reveló endocarditis vegetante mitral. Las embolias desprendidas habían obliterado casi todas las arterias del hemisferio izquierdo y de los núcleos grises centrales, sin respetar por completo el hemisferio derecho. El examen microscópico de la vegetación de la mitral demostró la presencia de bacilos que se encontraron también en los coágulos que obliteraban la arteria de Sylvio. Este bacilo no dió cultivo alguno aerobio ni anaerobio. Si como es de suponer es el descrito por Achalme y Tiroloix, puede deducirse que el bacilo es capaz de provocar endocarditis vegetantes é infectantes, sin necesidad de asociación microbiana. La importancia de estas embolias y su multiplicidad, son también notables, porque estaba reblandecido casi todo el hemisferio izquierdo.

Tratamiento del noma por el agua oxigenada.—El Dr. Guinon: Presento un niño curado de noma. Se le envió al Hospital con el diagnóstico de tuberculosis; tenía, en efecto, pleuresía fétida y noma gangrenoso de la mejilla izquierda. La pleuresía curó por el empiema y los lavatorios con agua oxigenada al 10 por 100. El noma se trató por la acupuntura, la ignipuntura y los lavatorios con agua oxigenada al 20 por 100. En la actualidad, el niño se encuentra grueso y en buen estado; tiene una fístula pleurítica y una cicatriz en la mejilla. No puede invocarse, como causa, la difteria, aunque el niño ingresó en el pabellón de diftéricos.

El Dr. Richardière: El noma es excepcional en la difteria; no he observado un solo ejemplo en varios centenares de niños diftéricos; pero he visto algunos casos en niños no diftéricos, enviados por error al pabellón de difteria á causa de sus lesiones buco-faríngeas.

El Dr. Guinon: Cuando hay esfacelo en una angina, no se trata, por lo general, de difteria, sino de estreptococos, y á veces de angina escarlatinosa.

Eritema sarampioniforme seroterápico con estomatitis pultácea.—El Dr. Guinon: Comby ha descrito como signo pre-eruptivo del sarampión una estomatitis pultácea de localización gingival. La frecuencia de este síntoma en el sarampión, su rareza en otras enfermedades, le da una gran importancia diagnóstica. He observado este signo en un caso de eritema seroterápico; la falta de erupción retro-auricular y de catarros respiratorios y el hecho de que el enfermo había sido inoculado doce días antes, me hizo rechazar el diagnóstico de sarampión; la evolución de la enfermedad demostró la exactitud de su diagnóstico. El signo de Comby es excelente, pero no patognomónico, cosa que tampoco había pretendido éste.

Diagnóstico radioscópico de un derrame peritoneal latente.—Los Dres. Variot y Chicotot: En un niño de ocho meses, con meteorismo considerable, el examen radioscópico permitió ver en la parte inferior del abdomen una sombra ondulante análoga á la del líquido pleurítico en los derrames de la pleura. Este hecho prueba que en ciertos casos puede hacerse el diagnóstico de ascitis mínima por este medio, aunque no siempre, porque en las peritonitis tuberculosas con engrosamiento considerable del peritoneo, la radioscopia no da un gran resultado. En el enfermo de que se trata, el meteorismo era tan considerable y el adelgazamiento de la pared abdominal tan excesivo, que los rayos X podían atravesarla con gran facilidad.

Ulceraciones umbilicales de los recién nacidos.—Los Dres. Bertherand y Merklen: Hemos observado una variedad de ulceración umbilical de naturaleza sifilítica. Se la observa en los recién nacidos poco después del nacimiento, y suele coincidir con otros signos de heredo-sífilis. De cuatro enfermos que hemos visto, tres murieron sin que cicatrizara la ulceración. Cuando se la observa al desprenderse el cordón, es preciso alimentar al niño con biberón.—F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 11 *de Diciembre de* 1900.

Discusión sobre el paludismo.—El Dr. Manson dijo que en 1887 el ciclo de Golgi—el ciclo del paludismo en el cuerpo humano—era conocido ya. Pero en aquella época se desconocían muchas formas del parásito. La Escuela italiana, por ejemplo, las consideraba como forma degenerada. Como la forma de pestañas no se descubre en el interior del cuerpo humano, creyeron algunos que su función era exterior al organismo, y como su forma intracorpuscular no abandona el cuerpo espontáneamente, se supuso que debía ser extraída por algún agente externo, que por razones mecánicas este agente debe ser algún chupador de sangre, y por razones epidémicas y geográficas un mosquito especial. El Mayor Ross, demostró respecto al paludismo humano, que el parásito penetra en el estómago del mosquito y de aquí pasa á la glándula salival. Mac Allun fué el primero que demostró que el parásito es un organismo bisexual, y que la hembra, una vez fecundada, se hace móvil y atraviesa las paredes del estómago.

El Dr. Manson describió después la evolución de los hæmomenas, parásitos de la fiebre estivo-otoñal. Se ignora aún que determina la transformación del esporo en la fase intra-corpórea del ciclo de Golgi en el parásito hembra y en el parásito macho respectivamente. El estado latente del parásito del paludismo, es desconocido también. El mosquito es el agente activo y conviene conocer qué especies son las que intervienen en este ciclo. Se culpa á cuatro ó cinco especies del género *Anopheles*. Las especies del género *Culex* son inofensivas respecto al paludismo. Se ha enviado al Africa una expedición para estudiar la fiebre negra, pero los resultados obtenidos añaden muy poco á lo que sabemos del parásito del paludismo.

Koch, Christopher y Stevens, han demostrado que el niño es muy susceptible á la infección palúdica. Daniels cree que la inmunidad se obtiene por ataques anteriores. La hipótesis de Koch, que atribuye la fiebre negra á la quinina, es insostenible. Los hechos demuestran que esta fiebre no es una forma intensa del paludismo. Es probable que sea debida á un tipo especial del parásito del paludismo, que resulte del paso á través de una forma especial de mosquito; quizá sea una forma *sui generis*. Edington ha demostrado que los fenómenos de hemoglobinuria pueden ser producidos por la cooperación de la causa del paludismo con la de alguna otra enfermedad. A ser posible, debe evitarse el contacto con los naturales como medida preventiva.

La quinina empleada de buena manera es un buen medio de protección. Lo es también la destrucción de los mosquitos ó el evitar ser picado por ellos. Estos medios no son siempre posibles.

El Dr. Sambon manifestó que Celli fué el primero que aconsejó la protección contra los mosquitos como medio profiláctico.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 5 *de Diciembre de* 1900.

Parálisis cerebral á consecuencia de la tos ferina. — El Dr. Arnheim: El niño de cuatro años que aquí presento procede de padres sanos, y también lo estaba él, aunque en lo relativo al lenguaje no le era posible formar una oración completa. Alguna vez tuvo otorrea bilateral. En el año pasado padeció tos ferina. A fines de febrero último se presentaron soñolencia, convulsiones y vómitos, síntomas que, según dictamen de un otólogo, no tenían nada que ver con la otorrea. Los fenómenos cerebrales se fueron acentuando, las convulsiones se hicieron permanentes, el niño perdió el conocimiento, y el cuadro clínico en nada se diferenciaba del de una meningitis incipiente. Había rigidez de la nuca y de las extremidades, fiebre, pulso lento y pereza en la reacción pupilar, pero nada de trastornos sensitivos ni vaso-motores. Con la punción lumbar se extrajo una corta cantidad de serosidad que no contenía ningún microbio. A los catorce días el niño recobró el sentido, pero presentando afasia y parálisis de las extremidades. Pasados otros catorce días, el niño comenzó á hablar, pero el brazo quedaba paralizado y atáxico. Las extremidades inferiores fueron recobrando su función

poco á poco, pero la palabra sigue muy torpe; la debilidad de las extremidades superiores es poco marcada, la marcha es trabajosa y los músculos de los cuatro miembros están atrofiados.

Respecto á la interpretación de estos casos, que no son del todo raros, hay autores que los atribuyen á una hemorragia cerebral; pero tal lesión no se encontró en las autopsias en la mayoría de los casos. Neurath invoca una acción tóxica sobre los centros nerviosos, y Oppenheim, que también es de esta opinión, aduce en favor de ella la bilateralidad de la afección y el hecho de que es reparable hasta cierto punto. Yo también me inclino á esta hipótesis, teniendo en cuenta que en la difteria se sabe de la existencia de toxinas cuya acción se conoce bastante bien. Los experimentos en los animales también arguyen en este sentido.

El Dr. Rothmann: Si he de juzgar por un caso observado por mí, en que la parálisis sobrevino inmediatamente después de un ataque, más bien creo que se trata de una lesión hemorrágica.

El Dr. A. Baginsky: Yo, en cambio, me inclino al origen tóxico, recordando los casos, nada raros, de psicosis, terminada por imbecilidad, que á veces se desarrolla en el curso de la tos ferina.

El Dr. Krönig: Desearía saber si la presión del líquido cerebro-espinal estaba aumentada; en caso afirmativo, sería más probable el origen hemorrágico de la afección.

El Dr. Arnheim: Salió tan poco líquido, que no se pudo medir su presión. El hecho de que la mayor parte de las parálisis no se desarrollan después de grandes ataques de tos, sino cuando la enfermedad ya lleva mucho tiempo, arguye á favor de su origen tóxico.

Deformidad de la nariz á consecuencia de pólipos. — El Dr. Treitel: En el enfermo que aquí comparece, la nariz ocupa la mitad del ancho de la cara, y su porción cartilaginosa es tan pequeña que parece un apéndice de la ósea. Su interior está relleno de pólipos. La hipótesis de Voltolini y de Heymann de que la deformidad de la nariz es debida, en estos casos, á la fuerza de expansión de los pólipos, no es aplicable al actual, puesto que no comenzó á desarrollarse la defermidad hasta que el sujeto tenía ocho años. Más bien debe suponerse que los pólipos que aparecieron ya á la edad de seis años, obraron como un estímulo sobre el desarrollo óseo.

Engrosamiento óseo de origen sifilítico en el codo. — El Dr. Isaak: El enfermo que aquí presento contrajo la sífilis hace siete años, sufriendo hace cinco una recidiva de la misma con aparición de pápulas en el escroto y en la mucosa lingual. En ambos casos fueron inútiles las unciones. Hace dos años se hinchó la muñeca derecha, y aunque esta hinchazón se propagó hasta el codo no perturbó los movimientos ni causó ninguna molestia. La anamnesia excluye como causa todo traumatismo, y también una antigua infección blenorrágica. Creo que se trata de una forma tardía de la sífilis, teniendo en cuenta la conexión que Renvers y otros han establecido en estos últimos años entre algunas afecciones articulares y la sífilis.

El Dr. Virchow: Esa conexión, que yo creo haber sido el primero en establecer, y que se encuentra confirmada en los Museos, no me parece que existe en el caso actual. Sería conveniente practicar una punción y examinar el líquido extraído.

El Dr. Bouchard: No es exacto que sean raras las afecciones blenorrágicas de las extremidades superiores; pero en el caso actual creo que se trata de una lesión sifilítica.

El Dr. Isaac: La terapéutica resolverá la duda.

Cuerpos extraños en el seno maxilar.— El Dr. Paul Heymann: Aquí presento una cánula de goma y un obturador que se encontraron como causa de una supuración muy antigua al abrir el seno maxilar de donde salía el pus. El caso es interesante, porque hay cirujanos que mantienen abierta la abertura alveolar practicada en el seno por medio de tubos de goma y de obturadores, tales como los de Sonnenthal y Herzfeld, procedimiento peligroso, porque como enseña este caso, se pueden escurrir al interior de la cavidad.

El Dr. Herzfeld: Mi instrumento tiene una placa que impide tal accidente; pero, aunque así no fuera, á nadie se le ocurre tampoco prohibir el uso de las dentaduras artificiales, porque en algún caso hayan penetrado en la laringe.

El Dr. A. Alexander: Entiendo que el obturador es supérfluo, y que el orificio se puede mantener abierto por medio de los lavados diarios. Caso de que aun así se cierre, se vuelve á abrir con una operación de medio minuto.

El Dr. Heymann: Tampoco yo empleo, desde hace años, ningún obturador.

Tratamiento de la afasia.—El Dr. H. Gutzmann: Ya Broca y Trousseau habían llamado la atención acerca de las ventajas de los ejercicios metódicos para curar la afasia. Kussmaul también los recomienda, y hace pronunciar al enfermo, letras, sílabas y palabras, fijándose en la boca del médico, cuando éste las pronuncia, y combinando estos ejercicios con los de escritura y lectura. Para la afasia anamnéstica, aconseja, además, que el enfermo maneje el diccionario, como cuando se estudia un idioma extranjero.

Respecto al pronóstico, entiende Kussmaul, que la afección se cura peor en los individuos de alguna edad, aunque se contradice al decir, en otro lugar de la misma obra, que no se ha demostrado que la afasia se cure mejor en la infancia.

En varios casos de afasia orgánica, he empleado el procedimiento de los ejercicios metódicos, según aconseja Kussmaul, y hace siete años he dado cuenta de los resultados obtenidos. Al mismo tiempo, y posteriormente, Westphal, Oppenheim, Lehmann, etc., intentaron combinar el tratamiento con el empleo de impresiones acústicas, considerando, á cierto grado de ecolalia, como el primer signo de la mejoría. En los primeros ensayos, se partía siempre de las ideas ó conceptos para preparar el desarrollo del lenguaje. Yo procedí al contrario de los primeros elementos de la formación del lenguaje, para aplicarlos después á la expresión de los conceptos. Primeramente, hacía pronunciar la *a*, para lo cual, el paciente tenía que colocar la boca, como cuando ésta se abre para ingerir un alimento, y al mismo tiempo emitía un sonido y aplicaba la mano á la laringe, para percibir las vibraciones vocales. Después se pasaba á las vocales *o* y *e*, que exigen posiciones poco extremas de la boca, haciendo que el sujeto viera en el espejo los movimientos que con la boca ejecuta, con lo cual los aprende á conocer y evitar mejor los movimientos asociados. Ultimamente se pasa á la emisión de las vocales *i* y *u* (que en realidad son la *e* y la *o* exageradas), para

cuya pronunciación, lo más difícil son las contracciones musculares. Vienen en seguida las demás letras, comenzando por las labiales *p*, *b*, *m* y *f*, que, según la experiencia de los autores, son las más fáciles de pronunciar. La pronunciación de la nasal *n*, se facilita haciendo que el sujeto perciba la salida de aire por la nariz, para lo cual, aplica la mano á ésta, y percibe en ella las vibraciones vocales; de este modo se utiliza también el elemento áctil.

Como los neurólogos hacen la objeción de que muchos casos se curan espontáneamente, conviene esperar algunos meses, y no emprender el nuevo tratamiento, hasta que se vea que la afasia ya no mejora nada. Con los ejercicios metódicos, he conseguido, no sólo el alivio, sino la misma curación, y hasta en casos que tenían algunos años de fecha.

Al mismo tiempo empleo los ejercicios de escritura con la mano izquierda, fundándome en el hecho de que da cuenta Broca, de que así como los diestros de la mano son zurdos del cerebro, los zurdos de la mano son diestros del cerebro, según han demostrado las autopsias de zurdos afásicos, en cuyo cadáver se encontró la lesión en el hemisferio derecho. En mi conferencia de hace siete años, ya hice notar que el ejercicio de la mano izquierda predispone á la mitad derecha del cerebro á contribuir á que los movimientos de pronunciación se ejecuten mejor, de tal manera que dicha mitad derecha viene á suplir á la izquierda, y aunque no se ha dado la demostración anatómica de estos hechos, es lo cierto que la mejoría en la escritura camina á la par que la mejoría en la pronunciación. Bernhardt ha hecho notar que, sobre todo en los niños, se puede encontrar una destrucción absoluta de las partes que influyen en el lenguaje, y, no obstante esto, observarse mejorías por la intervención de la mitad derecha: aconseja, por lo tanto, que los niños se acostumbren á valerse también de la mano izquierda. Como es natural, los ejercicios de escritura han de combinarse en los afásicos con los de pronunciación, pero estos últimos son los principales, y ni unos ni otros se deben de hacer con excesiva asiduidad. Por último, he hecho practicar ejercicios metódicos en los que enlazaba la palabra con la idea respectiva, pero esto parece supérfluo, porque todo afásico sabe lo que se dice y se repite. Sin embargo, siempre se consigue con esto hacer más expedito el camino que va desde el centro de la ideación al centro motor. Störring ha hecho notar que si el médico nombra el objeto, su imágen acústica no se despierta con tanta facilidad en el afásico como cuando este mismo evoca dicha imagen acústica, y á partir de ella despierta la idea del objeto. Por esta razón no es supérflua la instrucción intuitiva, puesto que gracias á ella se enlaza el concepto de la palabra aprendida de nuevo con el centro del lenguaje.

En la afasia centro-sensorial utilizo el recurso natural de la vista, puesto que es indudable que el niño también aprende el lenguaje por este sentido, y hasta el mismo adulto entiende mejor á los cantantes cuando echa mano de los gemelos de teatro. Del mismo modo, si á un sujeto afectado de afasia sensorial se le habla de modo que vea los movimientos de la cara al mismo tiempo que oye, se reanima mejor la actividad de la zona cortical respectiva. En Francia insisten muchos autores en la importancia de utilizar el sentido del tacto, y ponen en práctica estas ideas por medio de «ejercicios preparato-

rios», que consisten en movimientos de resistencia con la lengua y con los labios. Sabido es que para que con la lengua se perciba su situación local, es preciso que al moverse tropiece con alguna resistencia. En mi práctica he obtenido resultados muy notables con estos ejercicios preparatorios de resistencia. De esta manera se obtienen en el conocido esquema de Wernicke nuevos centros que auxilian á los antiguos, el táctil, el óptico, etc. Importa mucho que estos centros se puedan sustituir. He de recordar el sordo-mudo-ciego que Kussmaul presentó en el Congreso de neurólogos del Sudoeste de Alemania, celebrado en 1882, y que había aprendido á hablar por la vía táctil. Este caso demuestra que también en los afásicos se debe seguir el mismo camino.

El Dr. Rothmann: Ya existen pruebas anatómicas de la posibilidad de invertirse los centros corticales. Tal sucedió en un caso de Nonne de paresia espasmódica del lado derecho con afasia, que se fué curando poco á poco. El sujeto, de cuarenta y ocho años de edad, sucumbió á consecuencia de un nuevo ataque. En la autopsia se encontraron: una antigua cicatriz apoplética en la cápsula interna del hemisferio izquierdo y en la ínsula de Reil, hemorragias recientes que habían acarreado la muerte, y reblandecimientos subagudos y hemorragias en la región temporal derecha, á las que debía atribuirse la afasia sensorial, lo cual demuestra que el lado derecho se había encargado del lenguaje. Este y otros casos de Oppenheim y Collier, los explica Ziehen, suponiendo que cuando el tumor de un lado crece lentamente, el otro se encarga de la función del primero. He de recordar también que muchos afásicos pueden hablar «cantando». La sustitución del centro músico puede ser del lado derecho ó bilateral.

El Dr. Gutzmann: Tales casos confirman mi tesis, y lo mismo uno de Renven de afasia con embolia.—R. del Valle.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del día 26 *de Octubre de* 1900.

Sobre retenciones de sangre en órganos genitales dobles.—El Dr. Stratz analiza tres preparaciones: en primer lugar, una del Dr. Prätorius, en la cual, á la izquierda el útero y los anexos son normales y no hay ningún indicio de inflamación. A la derecha se encuentra un saco con sangre, constando del útero, cuello dilatado y rudimento de vagina. En el orificio interno se nota una fuerte estrangulación. El epitelio se halla conservado en todas partes; en la circunferencia de todo el saco, inclusa la vagina, hay fibras musculares; en ningún punto se ven degeneración de tejido conjuntivo ni otros indicios inflamatorios. Entre la hematometra y la hematosalpinge hay libre comunicación; en la porción uterina de la hematosalpinge, el epitelio se halla conservado en su mayor parte; en la periferia faltan las vellosidades ó están entumecidas por la gran plenitud de los vasos y edematosas, los ovarios llenos de hemorragias foliculares, el epitelio de los folículos perdido en su mayor parte.

Otra preparación es de Stratz mismo; la hematosalpinge presenta la mitad del volumen; microscópicamente, el caso es análogo al primero; el ovario es hematoso, las hemorragias empiezan en la periferia de los folículos, hay congestión venosa. La trompa izquierda está perfectamente sana. Hay hematometra *in situ*.

En la tercera preparación, perteneciente á Treub, todo el epitelio se ha perdido, la sangre de la hematometra es más obscura y más espesa que la de la hematosalpinge.

De la comparación de estos tres casos, resulta: *a*) que la hemorragia de la trompa se produce: 1.°, por retroceso de sangre desde el útero, y 2.°, por extravasación á consecuencia de hiperemia venosa y tumefacción edematosa después de la pérdida del epitelio; *b*) el epitelio de todos los órganos genitales va desapareciendo á medida que el proceso adelanta, primero en el ovario, luego en la trompa y finalmente en el útero; *c*) en estos tres casos la hematosalpinge seguramente no era la consecuencia de una infección ascendente, pues 1.°, las trompas del otro lado eran perfectamente sanas; 2.°, en el campo de la hematosalpinge hay extensa formación de adherencias; 3.°, en ninguna parte se perciben indicios de pasada inflamación; y 4.°, la capa muscular forma alrededor del saco sanguíneo un estrato no interrumpido.

De este último hecho se deduce, además, que se trata de casos *congénitos* complicados con hematosalpinge, constando, por consiguiente, excepciones, que destruyen la validez absoluta de la teoría de Nagel-Veit, según la cual todos los casos de hematometra unilateral complicados con hematosalpinge dependen de infecciones. Hay que admitir con Sänger que la sangre extravasada basta por sí sola para provocar adherencias y oclusión de la trompa.

Hay que añadir aún el caso descrito por C. von Tussenbroek, en el cual se trata de oclusión congénita de la vagina en un hematocolpos; en la membrana oclusiva se encontró una capa muscular continua. En vista de esto, pueden ser congénitos, en contraste con la opinión de Nagel, aun las oclusiones profundas en órganos genitales simples.

El Dr. Olshausen encuentra muy interesante que Stratz considere posible un reflujo del útero á las trompas, opinión que él también sostiene, mientras que generalmente se niega. Refiriéndose á un caso de su observación, considera también como de origen secundario las adherencias que se encuentran en la luz de la trompa.

El Dr. Gebhard dice que cuando un cuerno uterino imperforado menstrúa, se desarrolla en el mismo una hematometra, y entonces este cuerno es impropio para albergar un óvulo fecundado. Si en un cuerno uterino imperforado se desarrolla una preñez, es imposible que haya menstruado antes; así, pues, la menstruación no es una preparación indispensable de la mucosa uterina para la implantación del óvulo.

(*Centralblatt für Gynäkologie*).—G. Sentiñón.

SOCIEDAD OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA DE SAN PETERSBURGO

Sesión del día 1.° *de Noviembre de* 1900.

Operación cesárea conservadora por cáncer adelantado del cuello uterino. — El Dr. J. Lévinovich refiere que una parturienta que ya había parido tres veces, ingresó en el Establecimiento obstétrico, encontrándosele todo el cuello uterino exulcerado por el cáncer, con invasión de ambos fondos laterales de la vagina. Siendo imposible el parto por las vías naturales, se hizo la operación cesárea por el método ordinario sin aplicación de constrictor. Había placenta previa cesárea. El feto fué extraído por los piés; pesaba 1710 gr. y medía 40 cm.; murió al día siguiente por falta de dilatación de los pulmones. Pudiendo la extensión del carcinoma dificultar la salida de las secreciones uterinas, se estableció el desagüe mediante un tapón vaginal que se quitó á los cuatro días; al undécimo día se quitaron las suturas habiéndose obtenido la primera intención. A los treinta y tres días, la mujer murió con síntomas de insuficiencia cardíaca. La autopsia demostró que el cáncer había invadido los órganos vecinos (vejiga y ovarios), y otros más apartados.

Lévinovich enseñó unas preparaciones microscópicas de un ovario canceroso.

Operación cesárea por indicación relativa. — El Dr. V. A. Stolypinsky expone el caso de una parturiente de treinta y un años: 149 cm. de estatura, pelvis de las siguientes dimensiones: trocánteres, 29; espinas, 23; crestas, 24; diámetro antero-posterior externo, 18; conyugata oblícua, 8. Su primer embarazo fué á los veintitrés años y terminó con la perforación de la cabeza del feto; el segundo con un aborto de dos meses; el tercero con un parto prematuro en el octavo mes, muriendo el feto á las dos horas. Desea tener un hijo vivo. Se hace la operación cesárea en medio del parto y en condiciones asépticas. Había placenta previa cesárea. El feto se extrajo por los piés. Una hemorragia por el ángulo inferior de la herida se contiene por compresión de las arterias uterinas. No se aplicó el constrictor. Expresando la mujer el decidido deseo de no volver á parir, se le cortaron ambas trompas, cauterizándose los muñones con ácido fénico y cubriéndolos con peritoneo. Convalecencia sin novedad; á los once días se quitaron las suturas, á los trece se levantó la parida y en la cuarta semana tomó el alta enteramente sana.

El Dr. Stolypinsky desea saber la opinión de los comprofesores sobre el empleo del constrictor y sobre la división de las trompas.

El profesor A. J. Zamohin se declaró á favor de la excisión de pedazos de las trompas en casos convenientes, como él hizo en uno de operación cesárea por indicación absoluta. Según observaciones clínicas y experimentos en animales, después de la división así como después de la ligadura de las trompas, puede verificarse la restitución que resulta imposible quitando pedazos relativamente grandes.

El Profesor Ott, hace constar que la hemostasia preventiva, mediante el constrictor, fué propuesta por el médico ruso Kleberg y que Stolypinsky

fué el primero que demostró experimentalmente los inconvenientes de dicho instrumento. La compresión de los vasos por un ayudante, es preferible, no solamente en la operación cesárea, sino en todas las parecidas. En cuanto á la esterilización mediante la interrupción de las trompas, Bachinsky ha demostrado que la ligadura y hasta la excisión de pedazos de 1 $^1/_2$ á 2 cm. no bastan, como efectivamente en el caso de Balandin la mujer quedó embarazada á pesar de la ligadura de las trompas; para conseguir el objeto es preciso la extirpación total ó la resección de un trozo largo.

De los abscesos en los inomiomas uterinos. — El Dr. N. S. Kaneguiser dice que la formación de abscesos en los inomiomas de la matriz es una complicación bastante rara; en unos 400 casos operados en las clínicas del profesor Ott, hubo sólo tres de esta índole, observándose todos en el presente año.

En el primero, se trató de una mujer de treinta y siete años, que había parido cinco veces, y á la cual habían practicado el legrado de la matriz el día 17 de febrero y que ingresó en la clínica el 18 de abril, extenuada por calentura continua. Se diagnosticó supuración en un fibroide y se hizo la extirpación completa del tumor y del útero, mediante el desmenuzamiento con un éxito brillante, bajando la temperatura que durante seis semanas había oscilado entre 38°,5 y 40° al día siguiente, sin volver á subir y saliendo la operada á los veinticinco días enteramente sana.

La infección de los inomiomas de la matriz por manipulaciones intrauterinas, es un fenómeno común, sobre todo en el puerperio, mas por regla general resulta que se destruye la integridad de la cápsula, suponiendo el tejido celular que rodea el tumor, el cual se necrosa y se expele. En el caso expuesto, la infección penetró en el espesor de la neoplasia provocando la formación de múltiples abscesos.

La segunda enferma era una mujer de cuarenta y siete años, que no había parido y en la cual el inomioma uterino se había descubierto hacía ya seis ó siete años. Tres años ha, tuvo una tiflitis después de la cual sentía vivos dolores en el bajo vientre, que fueron aumentando, añadiéndose calentura, náuseas y vómitos, hasta que el 4 de septiembre ingresó en la clínica muy decaída de nutrición, con insuficiencia cardíaca y edemas de las piernas. En el vientre se palpaba un gran tumor elástico sensible, poco movible, enlazado con la matriz, la cual, sin embargo, se percibía claramente al tacto. El diagnóstico vaciló entre quiste supurado y fibroide subperitoneal en descomposición. Al día siguiente se practicó la laparotomía, encontrándose en el fondo del útero un fibroide supurado que se extirpó sin abrir la cavidad uterina. Después de la operación la enferma mejoró un tanto, pero luego volvió á decaer y el 14 de septiembre sucumbió de uremia. En este caso, la supuración fué debida á la inflamación del apéndice que se encontró adherido á la parte del tumor en la cual se desarrolló el absceso. La causa de la muerte fué probablemente la degeneración amiloide de los órganos parenquimatosos. El marido no permitió la autopsia.

La tercera enferma tiene cuarenta y cuatro años y hace ya siete ú ocho que sabe que alberga un inomioma que no la molestaba mucho, hasta el año pasado que aumentó el dolor y recientemente se agregó un estado febril, el cual la indujo á ingresar en el Instituto clínico con un estado general bas-

tante satisfactorio. El 11 de octubre se hizo la laparotomía, extirpándose toda la matriz con los anexos; durante el desprendimiento de las adherencias, se rompió la trompa derecha, derramándose el pus por la cavidad abdominal. Sin embargo, la convalecencia pasó sin novedad. La preparación presenta la matriz infiltrada de numerosos nódulos fibrosos, uno de los cuales se desarrolló interligamentariamente con su porción inferior. Por el borde superior de este nódulo pasa la trompa dilatada por el pus y adherida al tumor con sus franjas; por debajo de esta adherencia hay un absceso mayor y dos menores, sin comunicación con el interior de la trompa. Por la investigación microscópica de la pared del tumor, resulta que ésta consta de fibras musculares lisas y de membrana inflamatoria. En este caso, la causa de la supuración del tumor estribaba en la acumulación de pus en las trompas. El carácter primario de esta acumulación queda probado por el hecho de hallarse la trompa derecha bastante apartada del absceso de los inomiomas.

En estos tres casos, tratábase de la formación de abscesos en los tumores cuya nutrición antes no era alterada y que antes de la supuración no causaba gran molestia á las enfermas. Estos abscesos dependían de inflamaciones en los órganos vecinos que invadieron al tumor por continuidad. Esta circunstancia constituye una nueva indicación para la intervención operatoria en los casos en que al lado de un inomioma que no causa graves síntomas, se observa inflamación supurativa en los órganos vecinos.

El Profesor Stroganof expresa su sentimiento de que no se haya hecho la investigación bacteriológica. Habría sido interesante aclarar si no eran acaso la causa de la supuración los microbios anaeróbicos á los que ahora atribuyen tanta importancia, y además, si eran solos ó mezclados con otros microbios.

El Dr. V. G. Berkmann preguntó si en el segundo caso no pudo haber intoxicación con ácido bórico, y si Kaneguiser no admite la utilidad de la proposición de Fritsch de preparar las enfermas débiles para la operación con inyecciones subcutáneas de la disolución de sal durante dos ó tres semanas.

El profesor Ott contestó que en aquel caso no hubo ningún indicio de envenenamiento con ácido bórico. En su Clínica se emplea poco el lavado de la cavidad abdominal, por considerarlo más bien perjudicial que útil; sólo excepcionalmente se recurre al mismo cuando conviene extraer alguna substancia dañina, y entonces se emplea con preferencia la llamada disolución fisiológica de sal. La proposición de Fritsch no le parece fundada; las inyecciones subcutáneas no permiten introducir en el organismo con suficiente prontitud la cantidad conveniente de líquido; más vale aprovechar las vías naturales de la boca y del ano, pero el modo más eficaz es la inyección en la vena.

El Dr. V. A. Vasten cree que la proposición de Fritsch merece co
barse procediendo de un observador tan experto, concie
él mismo emplea las inyecciones subcutáneas á menu
recto de las pacientes débiles no toleran la introducci
dades de líquido; la inyección en la vena no es siempr
rato de presión pueden introducirse bajo la piel, en

mediante dos punciones, hasta 100 cm³; al cabo de media hora casi no queda rastro del líquido inyectado; los resultados son buenos. En cuanto al lavado de la cavidad abdominal, no lo hace casi nunca, y no comprende cómo en la Clínica de Moscou lo pueden considerar indicado en casi 50 por 100 de todas las laparotomías.

El profesor Ott dice que para reforzar á las operadas débiles, las hace alimentarse bien y para animar el corazón, emplea la digital y la estricnina.

El Dr. N. S. Kaneguiser hace constar que en la Clínica de Leopold ha visto muy buenos resultados de las inyecciones subcutáneas de la disolución salina, y considera la proposición de Fritsch merecedora de ser comprobada.

El profesor Fenomenof también ha encontrado útiles las inyecciones subcutáneas de la disolución de sal. Para reforzar á las enfermas antes y después de la operación, él recurre á las inyecciones hipodérmicas de *espermina*. No puede dar ninguna demostración teórica de la utilidad de dicho preparado, pero el hecho es que las enfermas se animan y su pulso se levanta.

(*Vrach*). — G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la úlcera venérea por el itrol. — El Dr. Werler emplea en las úlceras venéreas el itrol (citrato de plata) en disolución al 1 por 4000 y en polvo. Este medicamento debe conservarse en frascos de cristal de color amarrillo. La disolución la aplica por medio de compresas ó de pulverización. Es menos irritante que el mercurio y el ácido fénico. Limpia la úlcera con la disolución indicada, se seca y espolvorea sobre ella itrol hasta formar una capa delgada. Encima se aplica algodón en rama. Si la úlcera es muy dolorosa, se la anestesia antes de la primera cura con la disolución de cocaína al 5 por 100. Gracias á las propiedades bactericidas del itrol, cesa la ulceración destructora y la superficie de la úlcera se cubre de granulaciones de buen aspecto. El itrol no cauteriza ni destruye los tejidos sanos, y tiene además la ventaja de ser indolente, inodoro y de carecer de propiedades irritantes. Jamás ha observado empleando este tratamiento, bubones secundarios. Es útil en las úlceras venéreas, en las gangrenosas y fagedénicas y en las difteroides. — (*British Med. Journal*). — F. Toledo.

El xeroformo en las enteritis. — De las historias clínicas que ha publicado el Dr. Giovanni Petrucci, se deduce que le ha dado muy buen resultado el xeroformo en las enteritis agudas y crónicas, sobre todo en las primeras, y lo mismo en el adulto que en el niño. En el primero, da el medicamento á la dosis de 0'35 á 0'50 gramos; en el segundo, á la de 0'1 á 0'25 gramos, y siempre con intervalos de tres horas.

(*La Clínica Médica Italiana*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ASTASIA-ABASIA

POR EL

DOCTOR DON VICENTE OTS Y ESQUERDO

Médico-Director del Manicomio provincial de Vizcaya, en Bermeo.

Bajo este mismo epígrafe publicamos hace años (1) una nota clínica referente á un loco histérico en el período de demencia, que no tenía otro interes que el de patentizar este síndrome y aclarar algo el diagnóstico de su afección mental; pero, la terapéutica de la astasia y abasia quedaban allí incompletas, por no prestarse el enfermo á ninguna medicación decisiva. El caso que nos proponemos dar á conocer hoy es más instructivo en la parte del tratamiento y siendo esta la consideración que nos impulsa á publicarlo, se nos dispensará el que demos á conocer de una manera extractada el curso de la enfermedad.

M. C., de ventiún años, soltera y de Madrid, fué visitada por nosotros en su domicilio á fines de junio último. Nos manifestó llevaba dos años sin poderse mover; que la habían visitado 18 médicos; que la habían aplicado la electricidad, botones de fuego al espinazo, estricnina, bromuros é infinidad de medicaciones y que cada vez se encontraba peor, hasta el punto de serle hoy imposible andar y aún permanecer de pié.

En nuestra primera observación encontramos buena nutrición; semblante animado y de fisiológico color; pupilas iguales y con reflejo lumínico-normal; reducción del campo visual; lengua saburrosa; faringe anestésica; pulso pequeño, duro y de normal frecuencia; fuerza dinamométrica 30 en la mano derecha y 25 en la iz-

(1) Astasia-Abasia. *Siglo Médico*. Madrid 23 de junio de 1898.

quierda; sensibilidad de contacto obtusa; colorífica disminuída y dolorífica casi nula; reflejos rotulianos y plantar exagerados; imposible la bipedestación, aun sosteniendo á la enferma, y más dificultosa todavía la progresión; ligera hiperestesia á la columna vertebral en los puntos correspondientes á los abultamientos cervical y lumbar; digestiones normales; estreñimiento habitual y sueño normal. Tal era el síndrome objetivo por nosotros comprobado, al cual debemos añadir los síntomas negativos de no existencia de flacidez, ni rigidez muscular, falta de desórdenes oculares y vesicales, integridad de los movimientos voluntarios de las extremidades inferiores en el decúbito y permaneciendo sentada, y ausencia de toda incohordinación motríz, para que de este modo registremos los elementos sintomáticos necesarios á la fundamentación del diagnóstico clínico.

Los síntomas subjetivos aclaraban poco el diagnóstico. Había sufrido de cuando en cuando ligeros desvanecimientos, con pérdida parcial é incompleta de la conciencia; sentía de tarde en tarde alguna que otra neuralgia fugaz en las extremidades inferiores; y se encontraba triste y preocupada por lo tenaz de su parálisis á todas las medicaciones empleadas hasta entonces.

Con estos elementos sintomáticos no necesitamos más para comprender se trataba de una *astasia-abasia* de índole histérica. Los estigmas neurósicos por un lado confirmaban la índole histérica del padecimiento, y la edad de la enferma y ausencia de toda infección específica, desterraban la posibilidad de toda afección medular sistemática ó difusa.

El tratamiento planteado por nosotros desde el primer momento, fué más bien moral, que farmacológico, y al obrar así obedecíamos á la convicción de que no ganando de antemano la confianza del histérico, cuenta el médico con la casi absoluta seguridad del fracaso de toda medicación. A mediados de julio la voluntad de la paciente quedaba tan supeditada á la nuestra, á pesar de haberse desarrollado dos flemones en la región glútea á consecuencia de unas inyecciones de suero de Huchard, que consideramos ya conseguida la mayor parte del tratamiento y en camino de una próxima curación.

No obstante nuestro deseo de continuar su tratamiento, tuvimos necesidad de renunciar á él ante la precisión de trasladarnos á Vizcaya á tomar posesión del cargo que nos habían conferido y así lo manifestamos á nuestra cliente; pero ésta, ansiosa de su salud, se

trasladó á Bermeo á primeros de agosto, para que continuásemos la curación de su enfermedad.

La dispusimos el ácido arsenioso, asociado al agua laurel cerezo, el glicero-fosfato de cal y baños templados de agua de mar, de media hora de duración y con ducha fría á la cabeza. Los primeros quince días fué necesario colocarla en un carretillo de mano para poderla trasladar á la bañera, distante unos trescientos metros de su domicilio, porque le era imposible dar un paso, ni aun sosteniéndola dos personas, como también permanecer de pié sin apoyo.

A los veinte días de continuar la anterior medicación, el apetito se había avivado bastante; la exageración del reflejo rotuliano y plantar desaparecieron; y le bastaba apoyarse en el brazo de su madre para poder hacer largos trayectos á pié.

Cuantas veces la ordenábamos el ejercicio de la progresión le ejecutaba con regularidad y precisión ante nosotros; pero, al dejarla con su madre mostrábase más indolente, pretextando que se cansaba mucho al andar. Aun en presencia nuestra, temía marchar sola ante la probabilidad de caerse al suelo y bastaba que la aplicásemos nuestra mano al hombro ó axila, sin ejercer la menor presión de sostén, para que recobrase completa confianza en sus fuerzas, recorriendo una distancia de veinte metros y girando varias veces sobre su propio eje vertical, sin vacilar, ni caerse al suelo.

En estas favorables condiciones y ganando cada día mayor seguridad en la progresión y bipedestación, hasta el punto de recorrer repetidas veces sin auxilio un trayecto de veinte metros, continuó hasta el 14 de septiembre. En esta fecha se la presentó una angina catarral, que la obligó á guardar cama y atender preferentemente á la intensa inflamación amigdalar. Esta ligera indisposición y la presentación del período menstrual, durante el cual siempre se puso muy mal, la hicieron retroceder algo en la mejoría obtenida; pero no hasta el punto de impedirla marchar apoyándose del brazo de su madre.

Pocos días después, el 19, y sin estar restablecida de estas dos indisposiciones intercurrentes, tuvo necesidad de regresar á Madrid. En nuestra última visita encontramos curada la astasia, puesto que la enferma permanecía de pié y sin apoyo todo el tiempo que la ordenábamos, y notablemente aliviada la abasia, ya que la permitía recorrer un corto trayecto sin auxilio. Conviene advertir que la mejoría de la abasia había sido mucho mayor antes de presentarse la angina catarral y el período menstrual, y que habiéndose alimenta-

do deficiente é incompletamente estos días, decayeron sus fuerzas y se sentía muy débil. Por lo mismo tenemos la convicción de que desaparecidos los ménstruos el alivio será más completo y rayano en la curación.

Réstanos, para terminar esta nota clínica, consignar algunas apreciaciones y consideraciones acerca del diagnóstico formulado por nosotros.

La edad de la enferma, los estigmas histéricos en ella mencionados, la comprobación nuestra de un ataque histérico, la existencia de la imposibilidad de marchar y permanecer de pié, la falta de todo indicante de lesión medular ó meso-encefálica, puesto que la exageración del reflejo rotuliano, hoy nula, se explica por un fenómeno de inhibición del hacecillo piramidal, el cual es frecuente en esta categoría de neurópatas, y por último, la índole histérica que ya entrevieron Briquet y Lasègue en la incoordinación para la marcha y bipedestación, más tarde confirmada y explicada por Charcot, Pitres, Richer, Blocq, Wier-Mitchell, Grasset, Ladame, etc., entendemos confirman y demuestran de una manera palmaria el diagnóstico de astasia y abasia por nosotros formulado. La marcha ulterior del padecimiento y la positiva mejoría obtenida en mes y medio de tratamiento corroboran, en nuestro sentir, este mismo diagnóstico y destierran toda duda ó vacilación que pudiera restar acerca de su exactitud.

Pero si en este extremo no puede quedar incertidumbre mental, acaso en la terapéutica surja la interrogación del por qué no empleamos el hipnotismo. En primer término, por ser refractarios al empleo del sueño hipnótico, en virtud del convencimiento de que sus efectos son tan efímeros como las bombas de jabón; y por último, porque era innecesario en esta enferma. Estaba tan sugestionada por nuestra voluntad, que bastaba ordenásemos cualquier efecto á un medicamento, para que inmediatamente se produjese, y si la sugestión vigil medicamentosa no determinó un beneficio duradero, mal podía esperarse de la hipnótica.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

Sumario: I. Sobre los gérmenes atmosféricos patógenos. — II. Caracteres de la epidemia de peste bubónica de Glasgow. — III. Bacteriología de la coqueluche. — IV. Profilaxis de la tuberculosis en los niños. — V. Datos en contra del bacilo de Löffler. — VI. Seroterapia preventiva de la fiebre tifoidea y de la colibacilosis. — VII. Paso de las bacterias á través de las paredes intestinales. - VIII Aumento y profilaxis de la sífilis. — IX. Microbios anaerobios: acción patógena. — X. Sobre anquilostomiasis. — XI Esterilización de la leche. — XII La vacuna y la viruela en el imperio alemán.

I. La atmósfera lo ha sido todo en materia de infecciones durante largos siglos; las exageraciones modernas no la concedían papel alguno: tirios y troyanos se han apartado del justo medio, tesis que hace años sostengo. La atmósfera no es el todo ni es el nada: es algo en la etiología infectiva.

Binaghi lo ha demostrado en la Clínica quirúrgica de Cagliari (*Sulla frequenza degli stafilococchi nell'aria degli ambientti chirurgici. — La Riforma medica*, 1900), tanto en la sala de operaciones como en las enfermerías, en los corredores y en el paseo.

De todos los gérmenes patógenos, los estafilococos son los más frecuentes, abundando más allí en donde es mayor la concurrencia, en las capas bajas más que en las altas, y siendo más constantes en las enfermerías que en las de operaciones (sólo los ha visto en éstas después de operar). No ha podido estudiar con detención la influencia de las estaciones, temperatura, presión, etc., pero parece que son más abundantes cuanto más altas son la presión y la temperatura.

Estos hechos hacen buenas las prácticas de no agitar la atmósfera, de limitar el número de asistentes y hasta parecen inclinarse á defender la antigua idea de que no se corre el mismo peligro en todas las estaciones.

II. Van Ermengen ha estudiado *in situ* la epidemia de peste bubónica de Glasgow. La asigna estos caracteres (*Acad. de Méd.* de Bélgica, 1900):

No se conoce el modo de importación.

No se ha diseminado mucho, quizá por no haber existido epidemia en las ratas.

Se ha propagado sólo por contacto.

En general, ha sido de naturaleza benigna.

El diagnóstico clínico ha sido fácil en las formas bien aparentes; pero en las ligeras y en las pneumónicas ha necesitado la investigación bacteriológica.

El suero antipestoso ha dado buenos resultados.

La profilaxis ha consistido en: aislar los enfermos y los sospechosos, observar los individuos expuestos al contagio, emplear el suero, evacuar las casas infectas, desinfectar las habitaciones de los enfermos y los objetos impurificados, y sanear los barrios populosos.

III. En la misma Corporación refiere Polliez sus investigaciones sobre la bacteriología de la coqueluche.

Las siembras de sangre han sido negativas; las de los productos de secreción brónquica han dado dos especies microbianas diferentes: un estreptococo en cadenitas más ó menos largas, según el medio, y un micrococo no licuante.

IV. Feer, de Basilea, trata con gran detenimiento del modo de evitar la tuberculosis en los niños, que son los más expuestos. En su concepto hay tres clases de medios: la *limpieza corporal*, hecha con frecuencia, hasta convertirla en práctica habitual (baños, lociones, etc.), especialmente después de los juegos en el suelo, pues el polvo es peligroso; el *aire libre*, todo el tiempo que se pueda; las *habitaciones* grandes, limpias, soleadas, claras y ventiladas.

Las vías respiratorias superiores deben ser objeto de vigilancia severa, en particular después de la coqueluche.

Debe prohibirse el matrimonio entre tuberculosos; los padres infectos deben saber que la tuberculosis no es hereditaria, pero sí contagiosa, y que han de cuidar mucho de la no transmisión. En estas familias la profilaxis debe ser más rigorosa.

Si no va el tuberculoso á un sanatorio, debe ocupar un departamento aparte, limpio, desinfectable y cuidar de los esputos.

Si bien la propagación de la tuberculosis es más bien obra de la atmósfera que de los alimentos, se les debe dar la leche hervida.

Los niños endebles, anémicos, enfermizos, debieran ser colocados en establecimientos fuera de las urbes, y los tuberculosos en los sanatorios á ellos destinados (*Wien. Klin. Wochens.*, 1900).

V. Kassowitz es un revolucionario en bacteriología. Hace tiempo

que todos sus estudios tienden á demostrar que el bacilo de Löffler es un saprófito vulgar.

Desde luego hay bacilos inofensivos muy análogos al diftérico, tanto que la distinción es problemática. La única diferencia reside en que sean ó no virulentos. Pues bien, en el Hospital de enfermedades infecciosas de Londres, salas de convalecencia de escarlatinosos, hubo una endemia de rinitis sin falsas membranas, sin infartos, sin fiebre y sin trastorno alguno general, existiendo en todos los casos, 51, el bacilo de Löffler; y Gœrensen, de Copenhague, en 326 enfermos de escarlatina, ó convalecientes de ésta, halló en todos el bacilo virulento, notando sólo en el 15 por 100 lesiones diftéricas, y no muriendo ninguno de los 326.

Cita, además, casos de asociaciones del bacilo diftérico con diplo-estreptococos, estafilococos, estreptococos piógenos, sin difteria séptica ni no séptica (Stoos, de Berna).

Si á estos se añade muchos otros casos de difteria sin bacilos, clínicamente iguales á los bacilares, con parálisis consecutivas y hasta con mayor mortalidad que la difteria verdadera, la consecuencia lógica debe ser, aparte de lo que valga el terreno y de que se modifique el microbio, que hay otros agentes hasta ahora no tenidos en cuenta (*Centralb. f. inn. Med.*, 1900).

VI. Lagriffaul (*Montpellier médical*, 1900) estudia el poder preventivo del suero y de varios extractos de órganos de animales inmunizados contra el bacilo tífico y el colibacilo, y deduce que es posible obtener sueros inmunizantes para uno y otro, mediante diversos procedimientos, y sobre todo usando cultivos filtrados; es preciso inyectar grandes cantidades en todo caso, aproximando las inyecciones con arreglo al modo de reaccionar el animal. La acción es doble: bactericida y antitóxica, y es utilizable hasta cuando se inocula en las venas los cultivos virulentos.

Lo notable de estos hechos es que el bacilo tífico preserva del colibacilo y viceversa.

Estos sueros no son muy poderosos. El extracto de bazo no es superior, y el de médula ósea es muy flojo.

VII. A las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas de la oclusión mecánica de la parte terminal del intestino, observan Posner y Cohn una invasión bacteriana, especialmente del colibacilo, en la sangre y órganos (*Berl. Klin. Woch.*, 1900).

Para Markus el hecho sería debido, no al paso á través de la pared intestinal, sino mediante las pequeñas lesiones de los vasos lin-

fáticos; pero nuevos experimentos de aquéllos demuestran que el paso es posible á través de la pared, como han visto con el micrococo prodigioso y el colibacilo. En todo caso, se trata siempre de un hecho patológico.

VIII. Opina Dufour (*Cercle médical de Bruxelles*, 1900) que el número de sifilíticos aumenta, hecho que demuestra con datos estadísticos de los enfermos concurrentes á Dispensarios y Clínicas, y supone que ocurre lo mismo en las demás clases sociales.

Urge, pues, oponerse á los progresos de tan terrible infección, y con tal objeto recomienda: 1.°, facilitar el matrimonio precoz; 2.°, reglamentar todo cuanto sea posible la prostitución é impedir la clandestina; 3.°, hospitalizar ó aislar los enfermos que tengan lesiones demasiado transmisibles.

IX. Veillon presentó al Congreso de París (1900) un estudio muy interesante sobre los microbios anaerobios en patología, y especialmente en patología infantil. Valiéndose de una técnica especial y sencilla, ha dado con numerosas especies bacterianas no descritas, todas ellas anaerobias, en las apendicitis, otitis y sus complicaciones, enteritis infantiles, gangrenas pulmonares, infección urinaria, etcétera. Intervienen poderosamente, solos ó con los aerobios, en los procesos gangrenosos, en la supuración fétida y en la toxi-infección consecutiva.

X. En la reunión anual de la Asociación médica inglesa (1900), G. Giles da cuenta de la gran frecuencia de la anquilostomiasis en la India, añadiendo, en vista de los muchos casos observados, que la anemia gravísima que producen los parásitos, más que á la acción directa de éstos, debe referirse á las dispepsias graves que ocasionan; no ha estudiado lo suficiente para decidirse la acción tóxica del anquilostoma.

Rogers, en vista de que algunas veces hay el parásito sin que cause alteraciones apreciables, propone, para evitar interpretación torcida á los datos estadísticos, establecer los grupos siguientes: 1.° Casos con pocos anquilostomas en las deposiciones (200 á 300) y sin trastornos morbosos. 2.° Casos con muchos parásitos (más de 500) y anemia graves. 3.° Casos con anemia de otro origen complicada con anquilostomiasis. El autor hace varias consideraciones sobre estos grupos, con el fin de sentar bases para el diagnóstico y la terapéutica.

Ross, dada la variabilidad cuantitativa que de un momento á otro presentan estos helmintos, dice que la división fundada en el número tiene escaso valor.

XI. Marfan, en una de sus lecciones clínicas (*Journal de Méd. interne*, 1900), una vez expuestos los peligros de la lactancia artificial, trata de los medios de que leche de vaca, la más usada, se vea libre de microbios y de que su composición sea lo más análoga posible á la de mujer. Me ocuparé sólo en lo primero, de los microbios, indicando los medios de esterilización.

La leche de vaca contiene siempre microbios *saprófitos* y accidentalmente *patógenos*.

Los primeros, muy diseminados en todas partes, son los productores de las fermentaciones y de la putrefacción de la leche. Unos de ellos convierten la lactosa en ácido láctico (*fermento láctico*), son de la familia de los colibacilos, agrian la leche, y cuando han producido la cantidad bastante de ácido, ocasionan la coagulación de la caseína, que no se mantiene líquida en medio ácido; tal vez también formen algún principio tóxico, que contribuye á la acción nociva de la leche. Otros obran sobre la caseína (*fermentos de la caseína*); son los bastoncitos del queso ó *tyrothrix*, y casi todos corresponden á los grupos del *bacillus mesentericus vulgatus* y del *b. subtilis*; coagulan la caseína, aun en medio neutro ó alcalino, y no comienzan á obrar, en la leche abandonada, hasta que está casi terminada la fermentación láctica. Además, elaboran otros productos, una zimasa, que liquidan la caseína coagulada y la convierten en peptona. Todo esto va acompañado de la aparición de otros tóxicos. Los microbios saprófitos quitan valor nutritivo á la leche, la llenan de productos nocivos y sin ser generalmente patógenos pueden causar varias alteraciones.

Los *patógenos* son raros en la leche: ésta ha servido de vehículo á los gérmenes de la fiebre tifoidea, escarlatina, difteria, que recogió del hombre (contactos, agua, etc.) ó bien los contiene por estar la vaca enferma, sobre todo, de tuberculosis, mamitis supurada, fiebre aftosa. Además, puede contener otros microbios todavía no bien precisados.

El empleo metódico del calor elevado es el único medio eficaz de librar á la leche de sus microbios. Estos no resisten de igual manera: los fermentos lácticos y los microbios patógenos no soportan temperaturas de 80° y 90°, en todo caso menores á 100°; en cambio, los fermentos de la caseína soportan más de 100°, y los esporos del *b. mesentericus vulgaris* no se extinguen á 115° durante un minuto: de todos modos, como á 100° se atenúan, se reproducen poco y no son patógenos ó lo son muy limitadamente, se renuncia á destruirlos.

Hay, pues, dos clases de esterilización: la *completa*, que destruye todos los microbios y sus esporos y conserva indefinidamente la leche desde este punto de vista, si bien no evita que la grasa se aglutine y deje de ser una una emulsión perfecta, así como que se oxide y enrancie; además, puede estar mal hecha la esterilización ó haber quedado mal tapada la botella, etc., siendo preciso, en cada caso, examinar, gustar la leche, ver si está coagulada, si tiene sabor agrio, amargo ó á peptona, etc. Esta esterilización completa se logra sosteniendo quince minutos la temperatura de 110° ó 45 la de 102°, para lo cual son necesarios aparatos especiales, estufas de vapor á presión, especies de marmitas de Papin, en que son colocadas las botellas llenas de leche. Sea como quiera, es preferible consumirla pronto.

La *esterilización incompleta* se realiza de tres maneras: una industrial, *pasteurización*, y dos domésticas, *ebullición* y *calentamiento en el baño maría* á 100°.

La *pasteurización*, buena para la cerveza y el vino, da medianos resultados con la leche.

La *ebullición* es muy práctica. Hierve la leche á 101°, y bastan dos minutos para que no queden más que los esporos de los fermentos de la caseína. No debe confundirse la ebullición con la *subida* de la leche, que se hace á 75°, y que se debe á la caseína y que se evita rompiendo la capa solidificada de ésta, que se forma en la superficie. Se la debe dejar en la vasija misma hasta el momento de usarla.

El calentamiento en el baño maría á 100°, se hace fácilmente en el aparato de Soxhlet, que luego ha ido sufriendo varias modificaciones. Gentile, por ejemplo, usa un baño maría de metal, en el que se coloca un portabotellas con diez compartimientos, cada uno de los cuales contiene una botella con la cantidad necesaria para una mamada; el nivel del agua, que debe estar fría, debe llegar casi al de la leche; puesto el aparato en el fuego, Soxhlet hace hervir durante cuarenta minutos (Marfan solo 30, porque teme que la leche se altere con el exceso de calor); luego se retira del fuego y se le deja en sitio fresco.

Cada botella va provista de un obturador de cauchú, que tiene en su cara inferior un apéndice en forma de pirámide cuadrangular, la cual penetra en el cuello holgadamente. Durante la ebullición es levantado el obturador, pero la pirámide no le permite que caiga, y cuando el enfriamiento, se hunde bruscamente en forma de cúpula, quedando así la botella cerrada automática y herméticamente.

El procedimiento de Soxhlet sólo efectúa una esterilización incompleta, pues nunca llega á 100° (96° según Budin, 97° según Marfan), quedando sin destruir los fermentos de la caseína ó, cuando menos, sus esporos. Es decir, no vale más que la ebullición, pero tiene las ventajas de fraccionar la leche en la cantidad necesaria para cada vez, del taponamiento mecánico y de la esterilización simultánea de la botella.

En suma, hay los procedimientos siguientes: de esterilización absoluta en aparatos industriales á 110° durante quince minutos ó calentamiento discontinuo varias veces á 70°; de esterilización incompleta en medios domésticos, ya por ebullición, ya por calentamiento en el baño maría.

¿Cuál es el mejor de ellos? El que esterilice en el más breve plazo, seis horas, lo más, en invierno y tres en verano, después de ordeñada la leche. Algunos rechazan la esterilización completa, pues dicen que á 115 ó 120° (procedimientos industriales), se altera la leche (caseína, lactosa, manteca), pero sus temores son vanos, pues resulta bien aceptada y bien digerida por el niño; además, desde los 75° estas alteraciones existen.

Si la leche es esterilizada más tarde, no preserva de las diarreas ni del cólera infantil, y no está libre de causar accidentes mortales, quizás por haberse producido muchas toxinas ó ser las formadas más tarde de acción más intensa que las primitivas, toxinas que el calor no destruye.

Como regla práctica, si se conoce el origen de la leche y la hora de extracción, hiérvase inmediatamente, consúmase lo más tarde en las veinticuatro horas y úsese vasijas bien limpias; si estos detalles son desconocidos, hay que renunciar á los procedimientos domésticos y recurrir á los industriales, á la esterilización completa.

Como aparato para darla, el único es el biberón constituído por un frasco graduado y una tetina en forma de dedo de guante y que se pueda volver fácilmente. Estos dos elementos serán lavados siempre con agua caliente después de servir y hervidos una vez al día. La leche sobrante no debe ser aprovechada.

De esta suerte se logra dar un alimento sano y agradable, que si no evita los accidentes gastro-intestinales ligeros, ahorra los graves y reduce la mortalidad infantil.

XII. No ha mucho, ha sido publicado el informe oficial sobre el servicio de vacunaciones en el Imperio alemán durante el año 1897. Tomo de él los datos que siguen:

Vacunaciones.—Han sido hechas 1.455.349 con 1.409.312 resultados positivos (99'96 por 100), 42.838 negativos y 3.199 desconocidos.

Revacunaciones. — 1.174.827, cuyos resultados fueron respectivamente 1.076.045, 96.766 y 2.006.

Sin vacunar.—La proporción de no vacunados fué de 2'13 por 100 y la de no revacunados de 0'45.

Vacuna. — La linfa animal que proporciona el Estado, es más eficaz que la de los institutos particulares y produce *pústulas ideales*, cuando es clarificada por centrifugación.

Epoca. — Los meses más propicios son de mayo á septiembre, debiendo evitarse las épocas de epidemia de escarlatina, difteria, etc. También ha sido aplazada en los casos de tuberculosis, raquitismo, sífilis, escrofulismo, etc.

Manual operatorio. — Los clínicos viejos, contra lo que era de esperar, son los más cautos en materia de profilaxis. Se aplica una cura absorbente, evitando las fricciones. Por regla general, sólo se hacen pequeñas incisiones, 4 ó 6 en un solo brazo, valiéndose de las láminas de Weichardt.

Mortandad. — Siete ú ocho por erisipela. Otros fallecimientos que se le atribuyeron, no resultaron comprobados.

Resultados profilácticos. — Sólo murieron 15 de viruela en 1898, 5 en 1897 y 10 en 1896; la proporción en 1898 fué de 0'28 por 1.000.000. En cambio fué : en 33 ciudades inglesas de 1'2, en 116 francesas de 6'6, en 15 suizas de 7'6, en 42 belgas de 25'7 y en 58 austriacas de 36'4. Sólo en Alemania está en todo su vigor la vacunación obligatoria.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de Enfermedades de los niños en el Instituto Rubio.

HIGIENE DE LA DENTICIÓN DE SEIS AÑOS. — Memoria premiada por la Sociedad Española de Higiene, por D. José Boniquet. Sarriá (Barcelona), 1900.

Es sumamente útil conocer y practicar los consejos que de esta materia da el Dr. Boniquet, pues como dice en uno de sus capítulos, «el abandono de la dentición de seis años es una de las principales

causas de que el aparato de la masticación sea incompleto en la mayoría de los individuos á los cuarenta años».

Desenvuelve la higiene de esta dentición en varios capítulos; tales son: higiene antes de su aparición; desde el momento de su desarrollo hasta terminada la caída de los primeros dientes y formando parte de la boca completa en el adulto. Por lo que respecta á los cuidados profilácticos de alteraciones en los niños durante esta dentición, puede calcularse el interés del asunto que el Dr. Boniquet condensa en las siguientes conclusiones:

A la edad de seis años se verifica la evolución de un grupo de cuatro muelas de carácter *permanente*.

Esta dentición es *intermediaria* entre la primera y la segunda, siendo, á la par que un *complemento* de aquélla, la *vanguardia* de ésta.

Su objetó es *aumentar la superficie triturante* según las necesidades crecientes de la nutrición; *mantener la masticación* durante la caída espontánea de los primeros dientes; *sostener la altura articular* conveniente y contribuir, á modo de mojón, á la *distribución ordenada* de las 28 piezas que, agrupándose á su alrededor, han de completar la boca en el adulto.

Corresponden estos molares al número tres, á contar desde el colmillo, resultando estar en el *centro* de cada lado de ambas mandíbulas y siendo el primer molar mayor y el *mayor* entre ellos, de modo que *soporta* el principal trabajo en el acto masticatorio.

Interesa, por lo tanto, asegurar el desarrollo normal y la conservación íntegra de una dentición de tanta importancia.

La época en que aparece su folículo ó germen hace necesaria una higiene conveniente de la madre en cuanto se relaciona á asegurar el desarrollo del sistema óseo del embrión.

Las deficiencias de desarrollo (erosiones) son muy frecuentes en esta dentición, por ser testigo durante una época larga y crítica de los accidentes y enfermedades ya de la madre, ya de los primeros años de la vida del propio niño.

La caries invade en una proporción alarmante *el* 74 *por* 100, á la dentición de seis años, por ser muy frecuente esta afección en los dientes de leche, de los cuales la contrae; y siendo á su vez el *principal foco* de contagio para con los dientes nuevos que se desarrollan á su alrededor.

Por razón de sus relaciones anatómicas, la caries de esta muela puede dar origen á accidentes de importancia.

Es, pues, muy conveniente procurar su conservación, cuidando la boca desde la primera dentición, haciendo obturar provisionalmente los dientes de leche, antes que sobrevengan dolores, y sobre todo, flemones. Límpiese la boca cada día dos veces con *alcalinos* y *desinfectantes*, usando para ello el *cepillo*, sobre todo cuando ha aparecido ya la dentición de seis años.

Vigílese constantemente su integridad, reparando el menor principio de caries, y antes de sentir dolor alguno.

Procúrese en casos de caries, aunque sea profunda, evitar las complicaciones con el debido tratamiento, haciendo los medios en todo caso para obtener su permanencia en la boca.

Si la caries ha dado ya origen á accidentes crónicos y ha destruído toda la corona, se impone la extracción, siendo la época más oportuna de los *diez* á los *doce años*, en cuya época, habiendo cumplido el molar gran parte de su cometido, viene á reemplazarlo más tarde el de doce años, que ocupa por completo su lugar en la boca del adulto.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 10 *de Diciembre de* 1900.

Analgesia cocaínica raquidiana en las intervenciones quirúrgicas. — El doctor Barragán, después de hacer la historia del procedimiento y de citar los cirujanos que de él se ocuparon, explica el modo de esterilización y dosificación de la disolución de cocaína y técnica de la punción raquidiana, exponiendo á continuación los 18 casos siguientes operados por este medio, cuyas historias clínicas y detalles de técnica, los lectores encontrarán en el número 664 de esta REVISTA, fecha 28 de octubre último, *anestesia quirúrgica producida por las inyecciones intrarraquídeas de cocaina.*

I. Resección del calcáneo y astrágalo del pié izquierdo.

II. Osteotomía diafisaria del femur de 6 centímetros, seguida de sutura.

III. Para-apendicitis. — Laparotomía.

IV. Endometritis fungosa, raspado intrauterino y cauterización consecutiva.

V. Degeneración ésclerosa balano-prepucial. — Fístulas uretro-penianas múltiples. — Amputación del tercio anterior del pene.

VI. Cistitis fungosa. — Legrado vesical.

VII. Litotricia seguida de la evacuación de fragmentos (litolapaxia).

VIII. Descenso uterino. — Prolongación hipertrófica con atresia. — Amputación conóides.

IX. Fístulas uretro-perineales y perineo-rectales. — Uretrotomía externa. — Resección de un fibroma peri-uretral.

X. Epitelioma del pene. — Amputación media.

XI. Osteo-periostitis del cúbito derecho. (Sin resultado).

XII. Fisuras del ano. — Tumores hemorroidales. — Dilatación forzada del recto.

XIII. Hernia crural estrangulada. — Resección del saco y reducción del intestino.

XIV. Osteomielitis difusa del femur izquierdo. — Amputación.

XV. Cálculo vesical. — Dilatación uretral. — Litotricia y evacuación de fragmentos.

XVI. Quiste voluminoso del triángulo de Scarpa, en comunicación con la cabidad abdominal.

XVII. Osteosarcoma de la tibia. — Amputación del muslo.

XVIII. Riñón flotante. — Nefropexia (1).

Se ocupa después de los fenómenos inmediatos y consecutivos de la cocainización medular, manifestando que á ninguno de sus operados se les presentó peligro inmediato, ni en los días que los observó después de la intervención; que la pérdida del dolor le duró lo bastante para terminar el acto operatorio, que en las que exigieron el decúbito lateral, el mismo enfermo tomaba esta posición sin molestia alguna ni antes ni después de incindir los tejidos. Traza después los fenómenos subjetivos post-operatorios, entre los cuales se encuentran con frecuencia la cefalalgia, los vómitos y la elevación térmica, sentando las conclusiones provisionales siguientes:

1.ª Que en casi todos los operados, momentos después de comenzar el cocainismo medular, el pulso aumenta su frecuencia hasta llegar á 140 como máximum y desciende al terminar la analgesia.

2.ª Que en el 90 por 100 se presentan náuseas y vómitos durante la acción analgésica y cefalalgia después.

3.ª Que la analgesia se produce con rapidez tres á diez minutos después de la inyección.

4.ª Que la elevación térmica post-operatoria, es como máximum de 39°,6 y remite en el 80 por 100 de los casos en el mismo día á la normal.

5.ª Que la duración de la anestesia generalmente es de cincuenta á sesenta minutos para 1 y medio centígramos de cocaina.

6.ª Que el embotamiento de la sensibilidad comienza en los dedos del pié, á los pocos segundos de inyectar, asciende hasta la línea diafragmática, extendiéndose aunque menos, á la línea mamilar sin llegar á la extremidad superior.

El Dr. Guedes hace uso de la palabra y dice que no tiene opinión com-

(1) Los 6 últimos casos fueron operados por el Dr. Ustáriz.

pletamente formada acerca de la cocainización medular, asunto traído al debate por el Dr. Barragán, y por cuya deferente invitación habla.

Es innegable que esta anestesia atrajo quizá la mayor curiosidad del último Congreso Médico, no tanto por su interés quirúrgico, cuanto por su novedad y teatral aspecto. Dió cuenta á sus alumnos de este asunto en el curso anterior y practicó ensayos de la técnica en el cadáver sin atreverse á utilizarlos, en espera de que el Congreso de París le permitiría observar los resultados elogiados por Tuffier en un conciso y práctico artículo. Sucedió así, y ensayando está los resultados, siguiendo escrupulosamente los consejos del hábil cirujano del Hospital Loriboisière. Los fenómenos recogidos con minuciosa escrupulosidad por aprovechados alumnos, son interesantes, pero el número de las observaciones es escaso para formular conclusiones. Además carece hoy de notas exactas y habla por impresiones no bien meditadas.

Se intentó esta anestesia en un enfermo de osteítis tuberculosa del tarso, de forma cariótica, bastante limitada y fistulosa, con objeto de practicar el raspado con la cucharilla cortante. No pasó la inyección de 1'50 centígramos de cocaína, esterilizada en el laboratorio recientemente. La primera parte de la operación, incisión de partes blandas y preparación del sitio para el raspado, fué un poco molesta, quizá por comenzar pronto el acto operatorio, pero la intervención en los huesos la toleró bien incluso el tiempo de la cauterización que fué sostenida para confirmar la ausencia de dolor. En este enfermo se observó frecuencia de pulso, agitación, vómitos y cefalalgia persistente lo menos cuatro días, que desaparecieron coincidiendo con inyección de suero : micción escasa y turbia, lechosa. No presentó elevación de temperatura.

El segundo enfermo padecía un panadizo de cuarto grado del dedo gordo del pié, de origen no solamente infectivo, en parte trófico, se creyó indicada la amputación que se practicó utilizando la anestesia medular por la inyección de 1'80 centígramos de cocaína. La anestesia fué completa, el enfermo hablaba mientras serraban la cabeza del metatarsiano y decía que «notaba le andaban en el pié», no recuerda si vomitó una vez, se observó frecuencia de pulso y pocas horas después de la operación 39° de temperatura, ligera cefalalgia, fenómenos que desaparecieron á las veinticuatro horas siguiendo el enfermo apirético y sin ningún trastorno.

En otro caso se trataba de una osteo-artritis tuberculosa de la rodilla en supuración, con fístulas y ulceraciones cutáneas, haciéndose inevitable la amputación del muslo. Para practicarla se inyectaron 1'50 centígramos de cocaína sin lograr anestesia en quince ó veinte minutos de espera; no se atrevió á repetir la inyección y en vista de no encontrar contraindicaciones para la anestesia clorofórmica, se le administró ésta (y por esto es de interés este caso). A los pocos instantes se logró la insensibilidad más completa hasta el punto de que ya había separado totalmente la parte amputada del miembro, cuando se presentaron fenómenos de excitación clorofórmica. No recuerda si vomitó este enfermo (hay que tener en cuenta que á todos los anestesiados por el cloroformo se les trata por el procedimiento de Lewin para disminuir los vómitos), presentó ligera cefalalgia y ligeras alteraciones en la orina. El curso de la operación fué aséptico.

El otro caso ha sido un ensayo de tratamiento de intensas neuralgias de patogenia no bien comprendida y sometido por otros compañeros á la amputación del dedo gordo del pié, más tarde neurectomía del ciático popliteo externo, y por el Dr. Guedea á la inyección de cocaína, logrando la desaparición temporal de los dolores por bastantes horas, pero repitiendo con igual intensidad. Le inyectó 1 centígramo de cocaína. No recuerda si en este ó en alguno de los anteriores hubo que practicar el cateterismo vesical por no haber emisión de orina.

En casi todos los enfermos se ha observado un dolor rapidísimo como fulgurante, y aun más breve, irradiado por alguno de los miembros abdominales en el momento de la punción con la cánula y cuando ésta ha penetrado en el conducto raquidiano.

No cree suficientemente estudiado este asunto, ni fuera de nuestro país ni aquí. No conoce explicación muy clara y experimentalmente demostrada en la limitación topográfica de la anestesia y su predilección por la sensibilidad dolorosa. Precisa un estudio analítico que explique la causa de los vómitos, elevación de temperatura, cefalalgia, trastornos en la micción y otras múltiples cuestiones derivadas de los hechos clínicos y á cual más interesantes.

La insegura acción de la cocaína cuyos límites tóxicos son tan individuales, la gravedad de una infección meníngea, la inseguridad en los efectos anestésicos, la auto-observación de los accidentes operatorios (aun tapados los ojos del operado), la brevedad del tiempo analgésico muy irregular, las amenazas sincopales, las perturbaciones generales que la acompañan, y otras razones, hacen no mirar como inocente recurso el de que se trata y exigen que prudentemente deba continuar su estudio.

A reserva, sin embargo, de modificar sus impresiones por sucesivo estudio y personal experiencia, no le parece que la anestesia cocaínica por el procedimiento de Bier pueda sustituir hoy á la anestesia clorofórmica (1).

El Dr. Bravo y Coronado: Como el asunto de la anestesia por las inyecciones intrarraquídeas de cocaína es de mucho interés y está en su período de prueba, considero necesario aportar á su estudio todas las observaciones posibles, y en este concepto daré cuenta de las mías aunque su número es muy escaso, porque como no me entusiasma hasta la fecha el procedimiento, no lo empleo de una manera constante y sistemática.

En mi primera observación se trataba de una muchacha de diecisiete años, en la que me proponía practicar una resección del calcáneo por osteítis tuberculosa del mismo. La disolución de clohidrato de cocaína al 2 por 100 había sido preparada en la Farmacia del Hospital Provincial, habiendo yo dado las instrucciones verbales necesarias acerca del procedimiento que de-

(1) Posteriormente hemos sabido que el Dr. Guedea ha practicado otras dos intervenciones operatorias por este procedimiento: una extirpación de ganglios tuberculosos inguinales (en este enfermo se inyectaron 1'50 centígramos de cocaína; el resultado no fué muy satisfactorio, el enfermo se quejó durante la operación). El otro caso fué una amputación de pierna á colgajo externo, método de Sedillot-Farabeuf practicado en la cátedra por el alumno Sr. Pulido bajo la inspección y ayuda del catedrático Dr. Guedea y previa la inyección ejecutada por éste de 2 centígramos de cocaína; en este caso la anestesia fué completa, el enfermo hablaba sin quejarse mientras serraban sus huesos y se daba cuenta de la operación aunque se evitó la viera.

bía seguirse para su esterilización y estaba preparada desde el día anterior á su uso.

Para la inyección, se siguió exactamente la técnica recomendada por Tuffier; la cánula penetró sin dificultad tan profundamente como fué necesario para que por ella empezara á gotear el líquido cefalo-raquídeo. Dejamos salir 20 gotas del mismo y después aplicando la jeringuilla á la cánula, inyectamos lentamente tres cuartas partes del contenido de la jeringilla, ó sea disolución que contenía centígramo y medio de clorhidrato de cocaína.

El pulso que alcanzaba 82 pulsaciones, sufre un ligero aumento de frecuencia (100 pulsaciones), no hay vómitos, ni mareos, ni ningún otro fenómeno; esperamos diez minutos, y exploramos la sensibilidad. La enferma siente perfectamente el contacto, el calor, y acusa dolor al ser pellizcada y pinchada con un alfiler en distintas partes del pié y la pierna; no siente hormigueo, ni adormecimiento en las extremidades inferiores. Esperamos todavía quince, veinte, veinticinco minutos, y la anestesia no se produce, en virtud de lo cual suspendemos la operación para practicarla al día siguiente con cloroformo, no atreviéndome á combinar la acción de éste con la de la cocaína en previsión de accidentes posibles y desconocidos.

El fracaso presente, dada la técnica perfecta de la inyección, no podía ser explicado más que por la mala calidad del medicamento, y aunque no tengo motivo para creer que así fuera, sino por el contrario que habiéndolo encargado especialmente sería bueno, es posible que en las repetidas elevaciones y descensos de temperatura á que fué sometida la disolución, se pasara de los 80° y ésta sufriera alguna descomposición que la hiciera ineficaz. No era, pues, este, un caso concluyente.

En la segunda observación, se trataba de otra mujer de veinte años, con una osteo-artritis tibio-tarsiana en la que me proponía hacer una astragalotomía. Se practicó la inyección sin dificultad y con la técnica corriente, salió líquido cefalo-raquídeo, se inyectaron centígramo y medio de cocaína, y esta vez la disolución preparada y esterilizada por el Sr. Alcobilla era de absoluta confianza.

La acción fisiológica de la inyección se produjo casi inmediatamente; el pulso, de 100 pulsaciones subió á 160, náuseas y vómitos, sensación de angustia y malestar, rubicundez de la cara y ligera cianosis de los labios. Esperamos diez minutos y la enferma siente los pellizcos y los pinchazos, esperamos quince, y sigue sintiendo; con el fin de ver si lo sentido es el contacto, pero no el dolor, tomamos el bisturí y trazamos la incisión; la enferma siente el dolor y grita intensamente, por lo cual suspendemos la operación para otro día.

En este caso, el fracaso es por completo del procedimiento de anestesia, porque todas las precauciones estaban tomadas para que no quedase duda de la bondad y buena preparación del medicamento, y en la técnica de la inyección se siguió escrupulosamente, hasta en sus menores detalles, la aconsejada por Tuffier; la acción fisiológica del medicamento se obtuvo, y sólo faltó la anestesia, ó mejor dicho, la analgesia.

El tercer caso elegido, fué el de una mujer de cuarenta y cuatro años, con un higroma de la bolsa serosa pre-rotuliana, caso que, por su simplicidad, nos permitiría operarlo sin anestesia, aun en el caso de que fracasara tam-

bién en él el procedimiento. Se hizo la inyección según la técnica clásica y sin dificultad, se inyectó centígramo y medio de cocaína, y no pasó nada; ni el pulso se aceleró, ni hubo vómitos, ni mareos, ni ningún otro fenómeno.

Desconfiábamos ya del éxito, pero así y todo á los diez minutos de la inyección, recomendando á los ayudantes un silencio absoluto, y tapando con un paño la cara de la enferma, procedí á la extirpación de la bolsa hidrópica. La enferma se quejaba débilmente durante la disección, pero permanecía inmóvil; interrogada, decía que la dolía, pero me parece evidente que la analgesia era completa y los quejidos de la enferma sólo efecto de la idea de que la estaban operando, y de que percibía el contacto de los instrumentos, pues al hacer la sutura nos confesó que sentía que la estaban *cosiendo*, pero que no la dolía nada absolutamente. En resumen, un éxito.

Tres casos son poco para juzgar, pero permiten los anteriores afirmar, que el procedimiento es inseguro porque en algunos casos no resulta, como ya hicieron observar, en el Congreso Médico de París, algunos cirujanos de Budapesth, y puede también pensarse que es peligroso porque la cocaína sabemos que es un medicamento para el cual hay tolerancias individuales muy diversas, y algunas extraordinariamente susceptibles; y también porque aunque pueda evitarse de ordinario, un descuido de asepsia puede llevar al canal raquídeo una infección, cuyas consecuencias en tal región serían gravísimas y difícilmente remediables.

El Dr. Carrillo y Cubero: He usado este método en un caso de histerectomía vaginal por el procedimiento de Doyen; la analgesia fué completa, pero el pulso que se elevó hasta 160 por minuto, presentó aritmia, hubo vómitos y parálisis vesical é intestinal, á pesar de haber puesto ligadura en vez de pinza, y de haber sido fácil y breve el acto quirúrgico. En las laparotomías no me atrevería á usar este medio de anestesia, pues provoca vómitos y enfriamiento, no produce relajación muscular, y las enfermas están en pleno conocimiento, enterándose de la marcha del acto operatorio. Creo que este método no podrá destronar al uso del cloroformo, y considerando que ya ha habido algunos casos graves de intoxicación cocaínica seguidos de muerte, atribuyo mayor peligro y gravedad á esta anestesia que á la clorofórmica. Finalmente, el cloroformo puede graduarse á voluntad y prolongarse sus efectos.

PERIÓDICOS

Herida del maxilar y del hioides por fusil Maüser.—En *La Medicina Militar Española*, publica D. Antonio Almansa el caso siguiente:

El 15 de julio último ingresó en este Hospital militar un guardia civil, llamado N. C. M., con una herida causada por arma de fuego sobre la parte antero-inferior de la cara y superior del cuello, hecha con intención de suicidarse, con una cuerda atada al dedo grueso del pié derecho; aquél disparó su fusil Maüser, teniendo apoyada la boca del arma en la región suprahioidea á tres centímetros por detrás del mentón.

La dirección del proyectil fué de abajo arriba y de atrás adelante, saliendo por la abertura de la boca y produciendo una herida de poca consideración en el borde libre del labio superior, un poco á la derecha de su parte media.

La producida en la región mentoniana era de tal importancia, que puede decirse había desaparecido dicha región; existiendo en su lugar una especie de caverna de paredes ennegrecidas, y á las cuales había adheridos varios colgajos de tejidos mortificados y fragmentos óseos pendientes de la mucosa bucal desgarrada, ó sueltos y enclavados en las paredes de la herida.

El suelo de la boca estaba destruído; por lo cual, no pudiendo ejercer sus funciones los músculos genio-glosos y geni-hioideos, la lengua y el hueso hioides eran solicitados hacia atrás, y no sólo se hacía imposible la deglución, sino que el enfermo respiraba con dificultad.

Los tejidos blandos que cubren la barba y región mentoniana se hallaban como cortados por un hachazo, desde un poco á la derecha de la parte media del borde libre del labio inferior hasta el hioides, y los colgajos resultantes se doblaban por su propio peso hacia afuera, al modo como se doblan las solapas de una chaqueta.

El maxilar inferior, en la parte correspondiente al mentón, presentaba un portillo de cerca de tres centímetros de anchura, y los fragmentos derecho é izquierdo, faltos de apoyo en su parte anterior, basculaban como dos apéndices flotantes dentro de aquella cavidad. Dichos fragmentos, que, como acaba de decirse estaban separados por un ancho espacio, se hallaban también fracturados entre sí, habiéndose separado del de la derecha un trozo en forma de cuña de base anterior y á expensas de su mitad superior, faltando el borde alveolar con todos los dientes y muelas de la mitad derecha de la mandíbula inferior, menos la última, ó sea la llamada del juicio; y en el lado izquierdo faltaba también otra especie de cuña, correspondiente á la mitad inferior del fragmento de este lado, de base anterior, como la del lado derecho. Resultaba de esta disposición, no sólo separación de los fragmentos, sino que, aproximándolos, no podían ponerse en contacto si no se ejecutaba un movimiento de báscula para elevar el derecho y deprimir el izquierdo. Tampoco era posible el contacto perfecto, porque las extremidades de los fragmentos terminaban en punta roma y dentellada.

El aspecto del enfermo era horrible é imponente. Casi exánime, por la gran pérdida de sangre, respirando con dificultad, siéndole muy difícil la deglución é imposible la articulación de las palabras, inspiraba profunda compasión en los que le veían, y asaltaba nuestra mente la idea de si no habría sido mejor el que el individuo que en tal estado se presentaba hubiera consumado el suicidio que se proponía.

Como las paredes de la herida estaban tan mortificadas, sólo había que pensar en limpiarlas lo mejor posible, separando los colgajos, así como los diferentes fragmentos de huesos por ellos diseminados, incluso uno del cuerpo del hioides. Regularizó lo mejor posible los bordes de la herida del suelo de la boca y practicó una sutura que, aunque deficiente, atrajo hacia adelante la lengua y el hueso hioides, y permitió al enfermo una respiración fácil.

Para alimentarle (con substancias líquidas), se valía de un pistero y de una sonda esofágica.

Suponiendo que por la importancia de las lesiones y la gran debilidad del individuo habrían de sobrevenir síntomas de mucha gravedad, se limitó en un principio á sostener y reparar las fuerzas del enfermo y á mantener la herida en la mayor asepsia posible.

Al tercer día del ingreso se le presentó fiebre y las paredes de la herida comenzaron á tomar color amoratado y á exalar mal olor.

Inmediatamente se lavaron de una manera minuciosa los tejidos afectados con agua fenicada al 4 por 1000, y rellenamos la herida con torundas de algodón empapadas en una disolución de ácido tímico al 1 por 1000. Estas torundas se renovaban cada hora el primer día, y menos frecuentemente después; y el enfermo, aunque con trabajo, hacía colutorios casi constantes con agua timolada y boricada á partes iguales.

La mejoría no se hizo esperar, y al tercer día de este tratamiento desapareció la fiebre; las paredes de la herida, de las cuales se extirparon algunos colgajos mortificados, comenzaron á adquirir coloración sonrosada, y el mal olor desapareció.

El enfermo siguió adelantando en su curación, y á los quince días de la herida presentaba ésta una coloración francamente rosada, y el estado general era todo lo bueno que podía esperarse, dado el poco tiempo transcurrido.

La intervención quirúrgica consistió en desprender con una legra y remangar los tejidos blandos que recubrían las extremidades de los fragmentos derecho é izquierdo del maxilar fracturado, hasta una distancia de más de un centímetro; resecar las puntas dentelladas y regularizar las superficies. Practicar después un taladro á cada lado, á unos siete milímetros de las extremidades de los fragmentos; coger éstos y aproximarlos hasta poner en contacto las superficies de resección, teniendo para ello que comprimir los lados de la cara y ejecutar cierto movimiento de báscula, por medio del cual elevó el fragmento derecho y deprimió el izquierdo. Puestas las superficies óseas en contacto, se aseguró éste por un hilo metálico, pasado varias veces por los orificios practicados; después suturó encima los tejidos gingivales que previamente había desimplantado, y, por último, refrescó y regularizó los bordes de la herida (partes blandas), y á beneficio de largos alfileres, pues dada la tirantez de tejidos que tenía que resultar por la mucha pérdida de substancia, había necesidad, para evitar que se rasgaran, de atravesar las carnes á dos centímetros del borde de la herida y torzal fuerte de seda, se practicó una sutura ensortijada y casi vertical, dejando sin suturar la parte más declive de la herida, correspondiente á la entrada del proyectil, con objeto de que por allí pudiera verificarse el desagüe.

Para evitar con más seguridad la rasgadura, se puso al enfermo un vendaje adecuado en forma de cabestrillo, con una tira bastante apretada que cruzaba la cara por delante de la barba.

El tratamiento posterior ha consistido en la más exquisita limpieza y en frecuentes colutorios antisépticos; habiendo llegado á la curación con una relativa celeridad, que no permitían esperar la gravedad de las lesiones, ni el estado general en que éstas habían colocado al herido. Este ha permane-

cido en el Hospital hasta el 14 de septiembre en que, después de propuesto para una licencia temporal, se le dió el alta. Por lo demás, la cicatrización era completa veinte días antes, y el individuo se encontraba en la posibilidad de alimentarse con facilidad progresiva, á pesar de las modificaciones que ha sufrido su cavidad bucal; modificaciones de indudable importancia, y que probablemente obligarán al interesado á la aplicación de un aparato protésico dentario.

Peritiflitis supurada. — En la *Revista Balear de Ciencias Médicas*, publica D. Enrique Cervera el caso clínico que á continuación se expone:

N. X., mujer de cuarenta y cinco años de edad, labriega, residente en el campo, casada, aquejaba desde hace próximamente dos años, un dolor en la fosa ilíaca derecha, con abultamiento de la región.

Relata la enferma que principió con un dolor sordo en dicha fosa, que no le impedía sus ocupaciones habituales, exacerbándose andando el tiempo y coincidiendo con un estreñimiento tenaz. Al influjo de purgantes cedía, aunque quedando un sordo dolor á la presión hecha sobre el ciego. Repetíanse dichos accesos, con la particularidad que nunca presentaron náuseas, vómitos, hipo, timpanismo ni fiebre.

Su estado de salud anterior fué excelente. No había estado diatésica; vivía en condiciones domésticas regulares; antecedentes de familia inmejorables. El marido no acusa haber padecido sífilis.

Regularmente menstruada, plurípara, con partos felices y exentos de complicaciones, ni en el puerperio; buenas lactancias. No tuvo nunca pareunia (coito doloroso). No tuvo trastornos funcionales, ni generales, ni locales, en los diversos aparatos de la economía.

La exploración física revelaba un hábito exterior que presagiaba la caquexia próxima y la expresión de angustia. La palpación abdominal no revelaba nada en todas las regiones, excepto en la fosa ilíaca derecha y parte inferior del vacío; aquí había hiperestesia, dolor é induración, abultamiento intermitente, como también sonido mate ó no en diferentes sesiones, pues el sonido obscurecía cuando se pronunciaba el estreñimiento del vientre. El punto de Mac-Burney no era centro del dolor. No había defensa muscular.

En exámenes posteriores, vaciado el intestino quedaba ligero dolor é induración; notando, como cosa curiosa, que el tumor apreciable, al haber coprostasis se revelaba desviado hacia el centro y encima del pubis.

Databa la cosa de dieciocho meses de fecha antes de su asistencia, y por lo violento de los accesos, estado de desnutrición, á lo que luego se añadieron escalofríos y reacciones febriles que antes no hubo, hizo el Dr. Cervera que fuera vista por otro compañero.

Durante la consulta se apreció: abultamiento enorme del lado derecho del abdomen, revelándose á la palpación el ciego y parte del colon ascendente, con sus paredes engruesadas; hacia el interior de la fosa ilíaca, pastosidad; la percusión ligera denotaba gases, causando dolor. A juicio de don Enrique Cervera se trataba de una peritiflitis y que se fraguaba el flemón ilíaco subsiguiente, á pesar de que una punción exploradora fué negativa.

A las treinta horas de lo que precede, abrióse paso el pus á través de la punura, pus de fetidez horrible, color negruzco y en gran cantidad. Prece-

dieron á esto deposiciones sanionas, líquidas, que algo aliviaron á la enferma, siendo aún mayor este alivio al desaguar el pus al exterior, notándose empero la induración del intestino.

Situado el agujero de desagüe al nivel de la espina ilíaca anterior superior, se aprovechó para practicar lavados antisépticos no tóxicos, y apósitos de gasa y algodón; juntamente alimentación reparadora, medicación tónica, antisepsia intestinal con el benzonaftol y polvos absorbentes, encaminados estos á combatir la neumatosis del ciego y colon que molestaban á la paciente.

Antes de abrirse el absceso tenía el miembro correspondiente en semiflexión, sin rotación hacia fuera, descartando todo indicio de psoitis; más tarde pudo ir alargándolo por no haber necesidad de relajar la pared abdominal. Encontróse en el pus, en dos distintas ocasiones, hojas de perejil y espinacas, sin duda de las que comía á su capricho; no se encontraron excrementos figurados. Después del desagüe, se observó que estando la enferma echada sobre el costado derecho orinaba menos que en otra posición.

La muerte sobrevino al cabo de veintitantos días, causada por caquexia piohémica.

Parecerá incongruente dice el Dr. Cervera, á quien se atenga al título del diagnóstico, que hoy día, que tan vasta personalidad han adquirido los procesos apendiculares y el gran descarte sufrido en los del ciego en favor de aquél, haya quien se atreva á pensar en peritiflitis; pero atengámonos que Dieulafoy, al demoler la tiflitis, algo ha respetado de ella, dejándole un corto patrimonio. Dentro de éste, dice, cae sin duda nuestro juicio.

Los elementos en que basó su diagnóstico, quedan expuestos en las siguientes conclusiones:

1.ª Aceptando como buena la causa del objeto que produjo la contusión, es verosímil que produjera inflamación y endurecimiento del tejido pericecal, cuya primera tendendencia fuese invadir los tejidos subyacentes del intestino, motivando la paresia intestinal y estancamiento estercoráceo consecutivo.

2.ª No admitía como causa primera una forma leve de ciclitis ó tiflitis, aunque faltaren los vómitos, porque así se invocaría una génesis que propende más á la apendicitis, como, por ejemplo, cálculo estercoráceo, vermes, etc.

3.ª No admitía la apendicitis, por la falta de dolor en el punto clásico de Mac Burney y de defensa muscular, así como la ausencia de síntomas secundarios de ella, vómitos y fiebre en los ataques.

4.ª Así y con todo, admitiendo un primero y único ataque apendicítico, como Dieulafoy, que fraguase el afecto posterior peritiflítico, sorprende no fuese anotado por los prácticos que la asistieron.

5.ª Por presentarse fístula pio-estercorácea, flemón ilíaco, y lo dilatado del afecto, afirma más que se trataba de un proceso de peritiflitis.

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 26 de Diciembre de 1900.

La laparotomía en las perforaciones del intestino en el curso de la fiebre tifoidea. — El Dr. Lejars: El enfermo del Dr. Legueu era un muchacho de quince años de la enfermería de Chantemesse; al vigésimo día de su fiebre tifoidea tuvo bruscamente dolores vivos en la fosa ilíaca derecha, al mismo tiempo que la temperatura descendía más de un grado, el pulso se hacía pequeño y filiforme, y la facies se contraía.

El Dr. Legueu intervino seis horas después del comienzo de los accidentes; hizo una laparotomía media; encontró una cierta cantidad de líquido puriforme en el vientre y una perforación del tamaño de una pieza de dos reales, situada á 25 centímetros del ciego, en el borde libre del intestino; las paredes de los alrededores eran tan poco resistentes, que todos los hilos las rompieron, y el Dr. Legueu tuvo que recurrir al ingerto epiplóico. Al quinto día se produjo una fístula estercoral que duró poco y curó espontáneamente, y el operado está hoy día completamente curado de su fiebre tifoidea y de la grave complicación. Con este hecho, añadido al caso análogo del doctor Loison y á las observaciones que éste ha reunido y nos ha señalado, llega á 16 el número de curaciones obtenidas por la laparotomía en las perforaciones intestinales de la fiebre tifoidea.

Yo añadiré que, aun en los casos desgraciadamente operados muy tarde, la laparotomía mejora con frecuencia la situación, y la impresión que he conservado de las tres intervenciones que he practicado es que, si se opera pronto, puede salvarse al enfermo. Mi último caso, en particular, me ha dejado esta impresión muy clara. Se trataba de un desgraciado estudiante que había contraído la fiebre tifoidea, hasta cierto punto experimentalmente, aspirando por descuido, en una pipeta mal obturada, un cultivo muy virulento de bacilo de Eberth. Se encontraba en el período de estado (al octavo ó décimo día) cuando tuvo, también bruscamente, dolores en la fosa ilíaca derecha, el pulso se hizo muy frecuente y malo, la cara contraída y el vientre duro y timpanizado. La situación parecía desesperada cuando le operé, y temíamos que sucumbiera en nuestras manos. Encontré el vientre lleno de pus fétido y estercoral, y á dos ó tres dedos del ciego, en el íleon, una perforación como de una peseta, por la que continuaba saliendo líquido estercoral; la perforación fué cerrada por dos planos de sutura de Lembert; hice pasar seis litros de agua hervida muy caliente por el vientre, y terminé desagnando la pelvis. Esta operación, casi *in extremis*, fué perfectamente soportada; el pulso se hizo más fuerte y mejor, y durante la tarde que si-

guió hubo una mejoría evidente del estado general. Pero era muy tarde para que este resultado fuese duradero, y por la noche el pobre enfermo sucumbió.

Todos los hechos demuestran, pues, que el único recurso en casos semejantes debe ser la laparotomía, tan precoz como sea posible. Hay dos elementos que informan especialmente el pronóstico de estas intervenciones: *el tiempo de la fiebre tifoidea y el tiempo de la perforación*. El mayor número de éxitos se refiere á perforaciones ocurridas después de la tercera semana, aunque nada tiene esto de constante. En cuanto al tiempo de la perforación, es un punto capital el número de horas que se han sucedido desde el accidente. La precocidad de la intervención supone la *precocidad del diagnóstico*. Este diagnóstico precoz es, tal vez, menos difícil de lo que generalmente se cree; el dolor brusco, la alteración térmica, brusca también, subiendo ó bajando la temperatura, la alteración del pulso y de la facies, y la contracción dolorosa de la pared, constituyen un conjunto de síntomas suficiente. Añadamos que las laparotomías no presentan generalmente dificultades especiales; la perforación se encuentra con facilidad en los 50 últimos centímetros del íleon, ó en el ciego, y algunas veces en el apéndice; algunas veces es menos fácil de cerrar y se ha de acudir á diversos artificios, como el ingerto epiplóico empleado por el Dr. Leguen. El grave contratiempo consiste en las perforaciones múltiples, de las que una ó muchas pasan inadvertidas. Este accidente es, por lo demás, más raro de lo que se ha dicho, y la multiplicidad de las perforaciones, como lo han demostrado las estadísticas de Kaen y de Manger, es excepcional. Más graves son las perforaciones sucesivas, y los Dres. Brun y Routier han referido aquí hechos en que el operado, que había soportado bien la primera operación, sucumbía al cabo de unos cuantos días á la rotura de una ó de muchas placas de Peyer. A pesar de estas incertidumbres y de estas agravantes, la laparotomía precoz es el único tratamiento de estas perforaciones tíficas.

El Dr. Rochard: He practicado cinco laparotomías en estas circunstancias, algún tiempo después del principio de la perforación, y en esta tardanza tal vez estriba la causa por la cual mis enfermos han sucumbido. El diagnóstico es á menudo difícil como en el siguiente ejemplo: hace unos veinte días fuí llamado como cirujano de guardia cerca de un enfermo que, en el curso de una fiebre tifoidea, había tenido súbitamente un dolor muy vivo en un punto del vientre con fenómenos de colapso. Hice la laparotomía y no encontré más que el colon un poco enrojecido sin ninguna perforación; el enfermo ha curado. En otro caso se había pensado en una apendicitis, en una mujer que tenía vómitos, una temperatura de 39 á 40° y dolores abdominales. Abierto el vientre observé el íleon enrojecido y algunos ganglios infartados; estos y otros signos me hicieron presumir una fiebre tifoidea, se hizo el serodiagnóstico, que fué positivo y la enfermedad siguió después la marcha regular.

El Dr. Routier: Creo que es necesario tener en cuenta la época en que aparecen los accidentes, puesto que estos difieren, según que la perforación se produzca al principio ó en la defervescencia de la enfermedad; por otra parte, tampoco tienen la misma gravedad.

El Dr. Delorme: Hace un año uno de mis enfermos presentaba algunos

de los síntomas enumerados por el Dr. Lejars; pensé en una perforación que no pude encontrar; el apéndice estaba un poco congestionado, pero no era la causa de los accidentes; se trataba de una fiebre tifoidea que siguió su curso mortal.

El Dr. Walther: La comunicación del Dr. Lejars pone sobre el tapete dos cuestiones que es necesario esforzarse en resolver: hacer el diagnóstico de la perforación y fijar el momento oportuno para intervenir. Hace dos años una enferma asistida por mi amigo Martinet tuvo una fiebre tifoidea que se complicó con nefritis y pleuresía, y á pesar de ello el período de declinación no parecía grave, cuando súbitamente se presentaron accidentes de perforación. Veinticuatro horas después de su principio observé aceleración del pulso con un poco de fiebre, pero con un vientre blando y contracción por debajo de la arcada crural; no quise intervenir, y después asistimos al enquistamiento de un foco purulento que acabó por abrirse en la vejiga, resultando una fístula vesico-intestinal que ha acabado por desaparecer espontáneamente. En cuanto al diagnóstico de la apendicitis, la cuestión merecería una amplia discusión, puesto que se cometen errores á menudo, y el año pasado me llevaron tres enfermos con el diagnóstico de apendicitis, cuando se trataba del principio de una fiebre tifoidea.

El Dr. Lejars: Hemos de distinguir los casos en que la perforación se verifica al principio de la fiebre tifoidea de los en que aparece al declinar la enfermedad. Además, la cuestión de las relaciones entre las perforaciones y la apendicitis es muy diferente. En el curso de la fiebre tifoidea se puede encontrar un ciego ó un apéndice perforados, pero entonces la perforación se ha verificado en el sitio de una placa, cuyos hechos difieren de las apendicitis perforantes ordinarias. El pronóstico, como se ha dicho, no es el mismo según la época de la perforación. De todos modos, creo que, aparte ciertos casos particulares, es preferible intervenir lo más pronto posible.

Herida del abdomen por una cuchillada. — El Dr. Chaput: Trátase de una observación enviada por el Dr. Morestin referente á un hombre de veinte años que recibió en el bajo vientre una cuchillada, que fué seguida de hemorragia y síncope. Cuatro horas después el Dr. Morestin vió que el enfermo estaba pálido, cubierto de sudor, delirando, con 130 pulsaciones, vientre tenso y contracturado.

La herida estaba situada por encima de la arcada crural; la desbridó, ligó una vena espermática y una vena epigástrica. También encontró coágulos en el peritoneo, una gran herida del ciego que dejaba escapar materias fecales y una herida de la arteria apendicular: suturó el ciego, ligó la arteria y con el desagüe durante ocho días, curó el enfermo con ligera eventración consecutiva. En este caso, el éxito es debido á la precocidad de la intervención que ha sido perfectamente realizada. Apruebo al Dr. Morestin el no haber dividido el intestino delgado, puesto que la debilidad del herido exigía obrar rápidamente. El desagüe ha dejado consecutivamente una ligera eventración, y no creo que aquel fuera indispensable teniendo en cuenta que la infección era limitada y había durado poco tiempo. Cuando menos podía haberse hecho un desagüe menos voluminoso y menos prolongado. El Dr. Morestin hizo el diagnóstico de hemorragia abdominal, fundándose en el sitio de la herida que podía ser penetrante, en los síntomas de hemorra-

gia y en la rigidez de la pared abdominal; este último signo indica infección, herida visceral ó hemorragia del abdomen, y es excelente, sobre todo, cuando está generalizado por todo el vientre. Aun faltando la hemorragia, la intervención era urgente, presumiendo la penetración.

Esta regla es todavía desconocida á menudo, como lo prueban las observaciones referidas por Potherat y Estor. El desbridamiento de la herida es un mal medio para asegurarse de la penetración, á no ser que sea muy amplia, en cuyo caso se transforma en una verdadera laparotomía; el desbridamiento limitado, sólo debe aplicarse á las hemorragias de la pared. Para cerciorarse de la penetración, es necesario hacer la laparotomía media si se presume la herida de los órganos del centro del abdomen; la presunción de herida de los órganos fijos laterales (hígado, riñones, bazo y colons verticales), indica la laparotomía lateral. Si en el curso de esta laparotomía lateral se observa una hemorragia procedente de los órganos medios, se hará la laparotomía media complementaria, la cual es la única que permite encontrar rápidamente la fuente de la hemorragia.

Actualmente, las indicaciones quirúrgicas en las heridas del abdomen pueden resumirse del modo siguiente: 1.°, penetración dudosa: laparotomía amplia; 2.°, hemorragia parietal: desbridar la herida para la hemostasia y hacer en seguida una laparotomía en lugar oportuno; 3.°, presunción de herida de los órganos situados en la línea media (intestino delgado, estómago y colon transverso): laparotomía media; 4.°, presunción de heridas de los órganos fijos situados lateralmente (colon ascendente y descendente, hígado, riñones, bazo): laparotomía lateral; y 5.°, hemorragia abdominal grave, procedente de los órganos medios (intestino delgado y mesenterio), y observada por la laparotomía lateral: laparotomía media complementaria.

Del estado de la sangre en los cancerosos.—El Dr. Hartmann: En la sesión anterior no hice más que señalar qué datos puede suministrar el examen de la sangre desde el punto de vista del diagnóstico del cáncer visceral. He aquí dos hechos en apoyo de la importancia de estas investigaciones. Uno concierne á una mujer de cuarenta y seis años con diversas alteraciones del estómago, con vómitos y enflaquecimiento considerable. El examen del jugo gástrico demostró que no había clorhídria, un poco de ácido láctico y apepsia absoluta. Hice la celiotomía sin encontrar neoplasia. En esta enferma, el examen de la sangre solo demostró la anemia sin leucocitosis. En el segundo caso se trataba de un hombre de cuarenta y ocho años, en el que se encontraban los principales síntomas de la úlcera del estómago, y la laparotomía nos puso en presencia de un cáncer típico. Por el examen de la sangre, el dosaje de la hemoglobina acusó una anemia notable, y, además, había una leucocitosis muy marcada. Estas observaciones me permiten concluir que cuando están asociadas una anemia bien caracterizada con una leucocitosis muy marcada, es necesario pensar en la existencia de un cáncer.

El Dr. Routier: Como nueva prueba de la insuficiencia de los datos suministrados por el examen del estómago desde el punto de vista del diagnóstico, puedo citar el hecho de una joven con dolores estomacales, hiperclorhídria y enflaquecimiento. Fiándome del examen hecho por muchos mé-

dicos, no hice exploración detallada de la enferma y me decidí á practicar una laparotomía, que me condujo sobre dos quistes del ovario.

CODINA CASTELLVÍ.

VI CONGRESO ITALIANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Celebrado en Nápoles del 20 *al* 23 *de Diciembre de* 1900.

La inversión uterina. — El Dr. COSENTINO: Esta complicación es rara en el parto, y depende casi siempre de las intervenciones imprudentes é intempestivas para el alumbramiento.

Las condiciones fundamentales para la inversión puerperal son: la relajación de las paredes y la existencia de un espacio vacío en el útero, consecuencia directa de la inercia uterina. En estas condiciones la inversión puede sobrevenir, ó por aumento de la presión abdominal (maniobra de Credé), ó por tirar de un modo anormal de la placenta desde abajo, ó sin esfuerzo alguno de la parturiente y sin intervención del arte.

La inversión no puerperal es consecutiva á la expulsión de un tumor, el cual trae con el pedículo el fondo de la matriz que ha experimentado la degeneración atrófica.

La etiología de las dos formas de inversión uterina son debidas á una relajación del músculo, proceso idéntico al de la invaginación intestinal.

Existen casos de inversión del útero después de la época crítica, los que no pueden atribuirse á la contractilidad uterina que no existe, sino sólo á un aumento rápido é imprevisto de la presión intra-abdominal. Debe admitirse con Schauta que las contracciones uterinas no son un factor que produce la inversión, sino al contrario, expresión del aumento de resistencia que opone la pared uterina que tiende á conservar su forma.

¿Cuál es la pared del útero que se invierte la primera más á menudo? En los animales, la inversión principia por el cuello. En la mujer, según Oldham, se invierte primero la parte correspondiente á la abertura de la trompa derecha ó izquierda.

Queda por resolver el problema del valor que tiene el sitio de implantación de la placenta en la etiología de la inversión. La placenta adherida de un modo anormal, puede obrar respecto al útero como un neoplasma que debe ser expulsado, y coloca el fondo uterino en las condiciones que favorecen la parálisis de la zona placentaria, considerada por Rokitanski como una depresión mecánica pasiva.

La inversión uterina es más frecuente en la vida sexual, pero según la estadística de Bruntzel, en 55 casos de mujeres de más de cuarenta y cinco años, hubo 15 inversiones del útero.

El pronóstico de esta enfermedad es siempre grave. De 109 casos de la estadística de Crosse, en la que se abandonó la inversión á su marcha natural, murieron en la primera hora 72 mujeres, 8 una semana después, 6 en los primeros dos meses, las otras en diversas épocas, de uno á veinte años.

La afección es mucho más grave en el período puerperal, en el que figu-

ran como causa de muerte la hemorragia, el colapso, la flogosis, la gangrena del útero, la infección y la peritonitis.

En la inversión crónica las enfermas pueden vivir más tiempo, pero expuestas á complicaciones graves, flogosis, estrangulación del intestino en el anillo abdominal formado por la inversión, etc.

Para el tratamiento curativo no tiene importancia la distinción en la forma puerperal ó no. Puede ser paliativo ó curativo.

El primero se limita á prevenir las complicaciones de la inversión producida y á favorecer la curación.

El tratamiento curativo comprende la taxis y la intervención quirúrgica propiamente dicha.

La reducción después del parto, cuando el cuello está dilatado, se obtiene casi siempre con facilidad. Es tanto más difícil cuanto más tiempo después del parto se practica. La reductibilidad está en relación directa con la duración y el grado de inversión. La condición más favorable es cuando todo el útero está invertido.

La reducción se obtiene obligando al cuerpo y al cuello del útero á dilatar el conducto cervical. Para rechazar el cuerpo se emplean diferentes modos de taxis: central (Levret, etc.), periférica (Parco-Mauriceau), lateral (Deleurye).

El procedimiento rectal se ha abandonado por las desgarraduras que produce. El vaginal puede ser cervico-vaginal y utero-vaginal. El segundo es más sencillo é inofensivo (ducha uterina, faradización, taponamiento, pesarios de aire y agua).

El método hipogástrico (dilatación directa del conducto cervical mediante la incisión hipogástrica laparotómica y reducción del útero), es un procedimiento de resultados poco satisfactorios, porque de dos mujeres tratadas así murió una.

Cuando las tentativas de taxis son infructuosas, muchos autores aconsejan la amputación del órgano.

Mi procedimiento de reducción se funda en el principio de la dilatación lenta del conducto cervical sin emplear la fuerza. Permite reducir grado á grado la parte invertida, rechazando por la vagina hacia arriba el cuerpo uterino, y tirando, después de hacer la laparotomía, de los ligamentos y de las trompas. Este procedimiento, que puede llamarse utero-vagino-abdominal, es fácil de ejecutar y tiene muchas probabilidades de éxito.

El Dr. Caruso: En un caso de inversión crónica he amputado con éxito el útero previa ligadura del pedículo por el método de Zweifel. En otro caso de catorce días de inversión con infección puerperal saprohémica, me limité á la desinfección y raspado del útero invertido. La enferma curó conservando su inversión.

El Dr. Spinelli: En el caso de útero invertido aconsejo aplicar sobre el cuello un lazo elástico para prevenir la hemorragia.

El Dr. Namias: En un caso de útero invertido por sarcoma del fondo en una mujer virgen de dieciséis años, contuve la hemorragia aplicando un lazo elástico á la base del tumor y después reduje el útero y el tumor.

El Dr. Pestolozza: He observado tres casos de reducción espontánea de la inversión uterina después de extirpar el tumor que la produjo. El lazo

elástico para contener la hemorragia lo propuso por vez primera Koke en 1890.

El Dr. Chiarleoni: En los casos de inversión complicada con un proceso infeccioso es importantísimo curar éste. En un caso de este género he obtenido la curación reduciendo el útero después de espolvorear sobre él iodoformo.

El Dr. Pasquali: En un caso de inversión crónica empleé la compresión elástica vaginal con el colpeurinter de Braun, prolongada durante varios días, con la que obtuve la reducción.

El Dr. Cosentino: Conviene que antes de reducir el útero se desinfecte la mucosa, aunque sea por el raspado. De todos los métodos operatorios vaginales prefiero el de Piccoli, que puede llamarse el procedimiento napolitano. Creo buena práctica la que recomienda el profesor Mangiagalli de abrir la cavidad antes de amputar el útero invertido, para no lesionar las asas intestinales que puedan hallarse en el infundibulum.

Asociación de la histerectomía y de la colporrafia en el tratamiento del prolapso útero-vaginal.—El Dr. Mangiagalli: Durante los últimos once años he observado un número grandísimo de prolapsos útero-vaginales, y sólo he necesitado recurrir 27 veces á la histerectomía vaginal asociada á la colporrafia.

En la producción del prolapso concedo una gran importancia á la debilidad, á la relajación y á la atrofia del tejido conjuntivo pelviano. El prolapso útero-vaginal no es sino parte de un estado general de cosas, de un cuadro clínico en el que domina la debilidad, la flacidez de la musculatura, la desnutrición general, la acumulación excesiva ó la escasez de panículo adiposo subcutáneo, la relajación de las paredes abdominales, el estado varicoso, la nefrotopsis, la prolongación de las inserciones mesentéricas, etc. Según este concepto, el tratamiento quirúrgico debe ser seguido de otro médico, del prolapso y de los estados morbosos de que va acompañado.

Creo que para el tratamiento quirúrgico del prolapso no hay operación eficaz si no modifica profundamente el estado del conducto vaginal. Por este motivo, la histerectomía debe asociarse á la colpectomía. Por esta razón, son poco eficaces las intervenciones abdominales, tratándose de prolapsos completos, si no se asocian á las operaciones vaginales plásticas.

Si lo permite el estado de la enferma, se practicarán en la misma sesión la histerectomía y la colpectomía. En las mujeres débiles, se practican en tiempos diversos.

El Dr. Chiarleoni: No soy partidario de la histerectomía en el tratamiento del prolapso genital, excepto cuando hay complicaciones neoplásicas del útero prolapsado. Trato estos casos por una operación plástica vaginal, según una técnica propia, con la que he obtenido resultados excelentes en más de 50 casos: consiste en la colporrafia anterior y posterior superior triangular con la base hacia el cuello, la amputación de éste y la colpoperineorrafia á lo Hegar.

El taponamiento del útero en la práctica de la operación cesárea.—El doctor G. Vicarelli: Entre las causas de la muerte en la operación cesárea, figuran, en primer término, las que dependen de la hemorragia y de la infección. En el parto por las vías naturales, el taponamiento endouterino á lo Dürhssen es útil para corregir la hemorragia post-partum, y, á la vez, como medio

terapéutico contra la infección del endometrio, porque permite obtener un desagüe eficaz de la cavidad uterina. Fundándome en estas consideraciones, he empleado el taponamiento del útero en cinco casos de operación cesárea, con el fin de prevenir y de combatir á la vez la hemorragia eventual y la infección. Todas las cinco operadas se salvaron.

El Dr. Pestolozza : Creo que no puede admitirse el uso del tapón en todos los casos de operación cesárea. Para la infección podrá ser de alguna utilidad, pero para la hemorragia lo creo supérfluo, porque la abertura del fondo del útero se practica casi siempre sin pérdida de sangre.

El Dr. Truzzi : Limito la introducción de un tapón pequeño en el orificio interno y lo extraigo á los tres días, cuando existe una indicación franca para emplear este medio profiláctico en la operación cesárea.

El Dr. Caruso : No acepto el taponamiento sistemático de la cavidad uterina en la práctica de la operación cesárea conservadora como medio profiláctico contra la hemorragia y la infección. La operación sobre el fondo uterino, es casi siempre inofensiva. Creo que el taponamiento está indicado en los casos de atonía uterina, rebelde á los medios ordinarios, en los de infección de índole séptica limitada á la mucosa y en los de placenta previa central.

El Dr. Chiarleoni : En 1886 recomendé el taponamiento intrauterino en la endometritis puerperal. El Dr. Vicarelli debía haber citado la estadística del Dr. Guzartshik y la mía.

El Dr. Vicarelli : Conozco la estadística de Guzartshik como la mejor en favor del taponamiento uterino en la endometritis puerperal. Dos de mis operadas padecían infección puerperal, y creo que deben la vida al tapón. Una sola de mis enfermas, fué operada antes de principiar el parto.

Datos para el estudio de la técnica operatoria en la anesiectomía unilateral.— El Dr. Truzzi : Creo que para aumentar las probabilidades de curación definitiva en las operadas por la anesiectomía unilateral, conviene desterrar en absoluto la ligadura en masa y la cadena ; proceder en la misma sesión al raspado uterino ; recurrir á la laparotomía en los casos ordinarios, á la sección cruenta, sin ligadura preventiva, del ligamento ancho, á la ligadura aislada de los vasos suturando los bordes de las heridas á lo Lembert, y excindiendo y suturando con dos colgajos de extensión desigual la porción ístmica del cuerno uterino correspondiente. En los casos de pioovaritis y de piosalpingitis de contenido, según toda probabilidad, virulento, es útil extirpar los anejos con el cauterio, como aconsejan Baker-Brown y Keith, pero ligando aisladamente los vasos. Queda, finalmente, por experimentar en los casos de adherencias viscerales tenaces y peligrosas, el método de enucleación de la trompa y del hilio ovárico, de su revestimiento peritoneal y la sutura consecutiva á lo Lembert sobre el resíduo del ligamento ancho. Deseo conocer el resultado de la experiencia de mis colegas.

El Dr. Mangiagalli : Creo que la razón principal de que los resultados de la anesiectomía unilateral sean peores que los de la bilateral, es que los anejos se hallen ya enfermos y enfermen poco despues de la operación. Respecto á la técnica, me parece que no debe desterrarse por sistema la ligadura en masa. En la enucleación de los anejos es preferible empezar por el cuerno uterino y no por el infundibulum pelviano.

El Dr. Truzzi: Es imposible desconocer que la causa de los padecimientos que acusan algunas operadas de anesiectomía es muchas veces la técnica inexacta, en particular cuando los padecimientos están localizados en el mismo sitio de la operación.—F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD GINECOLÓGICA INGLESA

Sesión del día 13 *de Diciembre de* 1900.

Cases abdominales.— El Dr. G. Elder narró cuatro casos de cirugía abdominal. La primera enferma padecía salpingitis blenorrágica aguda. Como el tratamiento paliativo fué ineficaz, se practicó la laparotomía y se resecaron las trompas, dejando los ovarios. En el segundo caso se trataba de un quiste renal voluminoso, cuyos síntomas y signos simulaban los de un quiste ovárico con torsión del pedículo. El análisis repetido de la orina no permitió descubrir en ella alteración alguna. El tercer caso era de un fibroide voluminoso que obligó á practicar la histerectomía; la enferma se restableció, pero á los ocho días de tomar el alta, empezó á presentar síntomas renales, que ocasionaron la muerte al poco tiempo. La causa de la muerte fué, al parecer, la septicemia. La cuarta enferma padecía papiloma de los ovarios y de las trompas. Estos órganos fueron extirpados en 1894. Desde entonces ha disfrutado buena salud.

El Dr. C. Ryall dijo que es dificilísimo saber cuándo debe aconsejarse el matrimonio á un hombre que ha padecido blenorragia; la experiencia prueba que la enfermedad puede permanecer oculta no sólo en la parte anterior de la uretra, sino en la posterior y en las glándulas de Cowper.

El Dr. Skene Keith manifestó haber observado un caso de laparotomía análogo al referido por el Dr. Elder. La enferma quedó bien durante algunos días, pero murió á las pocas semanas de haber tomado el alta. A la autopsia se encontró el riñón izquierdo destruído casi por completo.

El Dr. J. Shau dijo que aunque en ciertas salpingitis los síntomas y las consecuencias son idénticos á los de la blenorragia, ha observado ejemplos, en particular de hidrosalpingitis de uno ó de los dos lados, consecutivos al abuso de los placeres sexuales. Estos casos son más frecuentes en las mujeres jóvenes, y curan con el tratamiento higiénico.

El Dr. W. Japp Sinclair dijo que hace diez ó doce años observó un caso de papiloma de los dos ovarios. Creyó entonces que la afección era maligna. Ha vuelto á ver recientemente á esta mujer, que disfruta buena salud. En otro caso, la pelvis estaba tan llena de masas papilomatosas, que parecía el nido de un pájaro; pero la enferma curó por completo y su salud es excelente desde hace seis años.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 12 *de Diciembre de* 1900.

Mixedema frustrado.—El Dr. Ewald : La enferma que aquí presento pertenece á la clase más acomodada de la sociedad ; de niña siempre estuvo sana, pero al poco tiempo de casada padeció una afección al vientre. En 1898 comenzó á hincharse la cara, principalmente los párpados y los carrillos, así como también las manos ; al mismo tiempo se cayó algo el pelo y se presentaron trastornos digestivos y nerviosos, inapetencia, laxitud, insomnio, mareos, apatía creciente, inquietud nerviosa, palpitaciones del corazón, ensueños terroríficos, ideas fijas, dolores en los miembros, y más marcados aún en la espalda, que impedían á la enferma desempeñar sus quehaceres, y cierta facilidad en cansarse. La enferma tomó en el año 1898 de tres á cuatro pastillas diarias de tiroidina, pero sólo mejoró con ellas en las semanas que permaneció en un paraje elevado. El 15 de noviembre de 1899 prescribí de tres á cuatro baños semanales, y con esto retrogradaron la sensación de frío y la tumefacción. Si se dejan de dar las pastillas reaparecen los síntomas. En la actualidad todavía están muy marcados los síntomas nerviosos, existe á veces algo de picor y la voz está en algunos momentos bronca y afónica. La mitad derecha del cuerpo tiroides se percibe por la palpación, pero no está muy aumentada de volumen ; el itsmo y la mitad izquierda faltan por completo. El pulso está á 132, pero los ruidos del corazón son puros y el órgano no está aumentado de volumen. La piel más bien está húmeda que seca, pero no se descama. Al extender las manos se presenta un gran temblor y lo mismo cuando la paciente se pone de rodillas ; en cambio, faltan los síntomas de Graefe, Mœbius y v. Stellwag. No hay exoftalmía, es normal la excitabilidad eléctrica respecto á la corriente inducida y en la orina no hay ni azúcar ni albúmina.

Creo que no se trata de un bocio exoftálmico porque faltan la sequedad de la piel, la forma de garra de la mano, la expresión característica del semblante, etc. Juzgo, en cambio, que se trata de un caso de mixedema frustrado, sobre todo, por los resultados del tratamiento empleado, y á mi juicio, se podrá obtener una curación definitiva haciendo que la enferma permanezca algunos meses en un clima elevado.

Aguja extraída de la ariculación de la rodilla. — El Dr. Katzenstein : La niña que aquí presento padecía de hidrartrosis de la rodilla que con el masaje y con un vendaje de yeso había mejorado un poco ; subsistían, sin embargo, el dolor, la cojera y la imposibilidad de doblar en ángulo recto la articulación. El dolor me hizo sospechar el desprendimiento de algún trozo óseo ó la penetración de un cuerpo extraño ; pero como el primer accidente es raro en los niños, me incliné más á la segunda hipótesis que confirmó la radiografía. La existencia del derrame, la perturbación funcional, y los peligros que la aguja representaba para la articulación y hasta para los mismos vasos, me decidieron á dividir el ligamento rotuliano por medio de una gran incisión arqueada que permitiera invertir la rótula hacia arriba. A pesar de esto, ni aun introduciendo la sonda entre los ligamentos me fué

posible descubrir la aguja. Sólo cuando introduje en el seno posterior una sonda doblada hacia arriba es cuando pude encontrar una pequeña aspereza, pero estaba tan incrustado el cuerpo extraño que no me fué posible extraerlo con las pinzas de pólipos. Hasta después de haber seccionado los ligamentos externos no pude penetrar con dicha pinza en el seno medio y extraer con facilidad la aguja. Reuní de nuevo los bordes de la cápsula y de los ligamentos con una sutura muy exacta, coloqué el miembro en un vendaje de yeso y practiqué el masaje del cuadriceps. A los diecisiete días se cambió el vendaje por primera vez y se dobló un poco la articulación. A las cinco semanas esta flexión era tan completa como en la otra rodilla.

Enseña este caso que una aguja puede penetrar en la rodilla sin ocasionar supuración y que se puede poner al descubierto dicha articulación sin causar detrimento á sus funciones, con tal que se practiquen las suturas con toda exactitud y que se opere con todas las reglas de la asepsia.

Sordera y parálisis facial bilaterales producidas por la necrosis del laberinto.—El Dr. Herzfeld: Aquí presento un niño de diez años, que á los tres días de estar afectado de escarlatina, comenzó á tener una otorrea abundante, no podía oir y se quejaba de dolores de cabeza y de oídos. Las inmediaciones de éstos estaban muy hinchadas y el niño tenía mareos y presentaba el aspecto de un enfermo grave. A los pocos días notaron los padres que el niño no podía volver la cara, cerrar los ojos, etc. El estado general mejoró á las cuatro semanas. En la sexta semana, cuando me encargué de la asistencia de este enfermo, salía por ambos oídos una secreción muy fétida; el conducto auditivo izquierdo estaba hinchado por el descenso de su pared superior; en el derecho había pólipos y las inmediaciones del oído izquierdo estaban infiltradas. Primero practiqué la operación radical en el lado izquierdo encontrando que la apófisis mastoides estaba secuestrada, y el conducto semicircular horizontal cariado y completamente deformado. La cucharilla cortante penetró en la escala timpánica determinando una hemorragia que tuvo que ser cohibida por medio del taponamiento. El paciente resistió bien la intervención sin que sobreviniera la temida meningitis. Dos días después practiqué la operación en el otro oído y con el mismo resultado.

El flujo del oído desapareció por completo; en cambio, persisten la parálisis y la sordera.

Enseña este caso que el caracol no debe ser un obstáculo á la operación radical, y que no siempre es de temer que sobrevenga la meningitis.

La parálisis facial bilateral no se diagnostica con tanta facilidad como la unilateral, porque falta la desviación característica de los rasgos fisionómicos: hay que atenerse á la inmovilidad, falta de expresión y lisura extraña de la fisonomía. El enfermo no puede silbar ni cerrar los ojos, y se le oye, pero no se le ve reir. En cambio, puede cerrar los ojos durante el sueño. El velo del paladar se mueve bien, dato que arguye contra su inervación por el facial. La falta de vértigos al andar demuestra que los conductos semicir culares no son los encargados exclusivamente de sostener el equilibrio del cuerpo; sólo en los primeros días de la afección es cuando hubo, sin duda, accesos de vértigo que no se manifestaron estensiblemente porque el sujeto estaba en cama.

El pronóstico es bueno respecto á la vida, pero muy dudoso en lo que se

refiere á la parálisis facial, y malo en absoluto en cuanto á la sordera. En la literatura se encuentra otro caso en que también se presentó mejoría, no obstante haberse destruído todo el laberinto.

El objeto principal de la terapéutica debe ser la conservación del lenguaje.

Estudio sobre el raquitismo.— El Dr. Hansemann: El estudio del raquitismo de los animales, tanto el espontáneo como el provocado artificialmente, nos ilustra mucho respecto á la misma enfermedad de la especie humana.

Ya en 1826 había descrito Otto el cráneo raquítico de un mono; Kruli, Max Schmidt y últimamente un autor inglés, han publicado también observaciones análogas. El estudio de cráneos de monos del Museo y del Jardín Zoológico, me ha demostrado que en dichos animales es muy frecuente el raquitismo, aunque se confunda á menudo con la osteomalacia, la leontiasis ósea, la osteítis deformante, la parálisis y la caries de los huesos y sus consecuencias.

En el raquitismo del mono, la proliferación paraóstica tiene mucha más importancia que en el del hombre, y no sólo se observan infracciones de los huesos, sino también engrosamientos, tanto de los huesos planos como de los largos. Yo he encontrado tales engrosamientos hasta en los mismos conductos vertebrales, pero sin que hubiera parálisis, como sostiene el autor inglés: los animales sólo dejan de moverse por las muchas fracturas completas é incompletas que á causa de esto se producen. Una gran parte de estos monos mueren en el período álgido de la enfermedad, siendo la causa de la muerte, lo mismo que en el hombre, la tuberculosis ú otras enfermedades infecciosas, los catarros intestinales y las pulmonías, cuyo aspecto anatómico es idéntico al que se observa en el raquitismo del niño. También he observado casos de curación, y en esto me hallo igualmente en desacuerdo con el autor inglés. Los huesos se consolidan por completo.

La afección progresa siempre de fuera á adentro; se forman osteofitos, que dan origen á una osteoporosis tan considerable generalmente, que al macerar los huesos se descubren en ellos grandes pérdidas de substancia. En cambio, el raquitismo no produce ninguna exostosis.

Respecto á la etiología, lo que tiene más importancia es la reclusión de los animales jóvenes que todavía tienen los dientes de la primera dentición. La enfermedad se presenta como resultado á la vez de la civilización y de la domesticidad; en su producción intervienen varios factores, y entre ellos la privación de la libertad. En el hombre, las causas son la mala alimentación y las demás condiciones domésticas antihigiénicas. La falta de sal en los alimentos á que Zweifel da recientemente tanta importancia, no ha podido convencerme por ahora de que la tenga.

El Dr. A. Baginski: He de llamar la atención acerca de las lesiones maxilares del raquitismo, y sobre todo del prognatismo de la mandíbula superior combinado con la anchura notable de la inferior, de tal manera, que mientras los dientes de la primera sobresalen hacia adelante, los de la segunda se hunden hacia atrás. El hecho de que la osteoporosis se observe en el mono que no ha sufrido ninguna presión, arguye contra la etiología que se ha atribuído á la craniotabes. La teoría de Zweifel la refutan los experimentos en que se dan alimentos ácidos y en los que también se produce el raquitismo, y el hecho de que con la introducción del ácido láctico después

de la sustracción de cal se acentúa más el proceso, de tal manera que la falta de la cal no es la única culpable, y que yo más bien me inclino á culpar á las malas condiciones higiénicas de todo género.

El Dr. HAUCHECORNE: En la conferencia que dí hace cuatro años en la Sociedad de los médicos de la Caridad, rechacé la etiología sifilítica del raquitismo y atribuí la «parálisis» de los animales, que es idéntica á dicha enfermedad, al mecanismo normal de la progresión de los mismos. Respecto á la etiología, y en especial de la diarrea, catarros, etc., que tan á menudo acompañan al raquitismo, creo que hay que atribuir la actitud de los animales, enfermos é inmóviles, á la frialdad del piso de los establos antihigiénicos en que están encerrados, con lo cual se producen anemias graves, que á su vez favorecen el desarrollo del raquitismo. La colocación de los dientes á que alude Fleischmann, también la vengo observando hace muchos años, lo mismo en la Policlínica que en la práctica particular. También atribuyo á los engrosamientos raquíticos de la órbita la miopía y el astigmatismo irregular. Respecto á la etiología que invoca Zweifel, creo que lo que tiene importancia es la anemia, y citaré en prueba de ello el caso de un hijo mío que á consecuencia de la tos ferina y de una pneumonía, contrajo una anemia grave y el raquitismo.

El Dr. VIRCHOW: La denominación de «osteoporosis» no es adecuada, porque este proceso se desarrolla en el hueso ya formado, y en cambio, en el raquitismo se trata de una enfermedad que ataca al hueso no solidificado todavía y que cae dentro del dominio de los procesos inflamatorios. La antigua teoría de la craniotabes ya la había refutado yo en el tomo V del *Archivo de Anatomía patológica*, donde también hice un estudio detenido del desarrollo del raquitismo. Demostré entonces que la reducción del occipucio se verifica no en la cara externa, sino en la interna, por marcarse más las impresiones *digitatæ*, y que en este punto desaparece la substancia compacta. — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 30 *de Noviembre de* 1900.

Siringocistoma. — El Dr. NEUMANN: Aquí presento dos casos de siringocistoma que ya tengo hace mucho tiempo en tratamiento. En las mamas, las eflorescencias son más planas, de color rojo lívido y menos numerosas que la otra vez que traje estos enfermos á esta misma Sociedad. En el resto del tórax han desaparecido por delante casi por completo; en el dorso ya no existe ninguna. En las zonas supra-umbilicales del vientre, las eflorescencias se han vuelto más planas y más pequeñas; lo mismo sucede en el bajo vientre y en el brazo, donde también ha disminuído su número. Sobre las escápulas, apenas se descubre ninguna. Examinadas al microscopio, se ve que las eflorescencias que están en regresión, están en mayor número, y que lo mismo acontece con las masas coloideas; los conductos glandulares aparecen más anchos, la pared más delgada y la infiltración periférica menor. En las

glándulas sebáceas se ven las mismas dilataciones, á manera de senos que se observan en el líquen ruber y en el prurigo.

Respecto á la naturaleza de esta afección, opinan algunos autores que el origen del neoplasma se puede hacer derivar de glándulas sudoríparas mal desarrolladas ó de gérmenes embrionarios de las mismas que se han extraviado en el espesor del cutis. De todos modos, se trata de una afección *sui generis* y cuyas manifestaciones están bien determinadas, tanto en el concepto clínico como en el histológico.

Estrechez de la aorta torácica descendente.—El Dr. Brauer: En el caso que aquí presento, se trata probablemente de una estrechez aórtica producida por la desviación del vaso que ha ocasionado una membrana pleuro-mediastínica de nueva formación. Como esta membrana es muy gruesa y compacta, impide que la radioscopia descubra ciertos detalles de la aorta. En cambio, empleando el procedimiento explorador de Holzknecht, que consiste en tragar un bocado de polvo de bismuto durante el examen radioscópico, se consigue demostrar qué el esófago está muy desviado en el lado izquierdo del tórax, y que un bocado introducido en él queda detenido á nivel próximamente de la quinta vértebra dorsal. La tráquea aparece claramente desviada hacia el lado izquierdo. En vista de todos los datos clínicos recogidos, creo que se puede excluir la idea de una lesión valvular, y que en cambio, se puede admitir que existe un obstáculo á la corriente sanguínea en la aorta torácica descendente. Creo también que el esófago, lo mismo que el vaso mencionado, ha sido desviado y estrechado en la porción izquierda del mediastino posterior, por virtud de la tracción ejercida por la membrana pleurítica de nueva formación, y por las masas callosas que con ella se continúan. Del lado cardíaco de la estrechez, debe existir cierto grado de dilatación aórtica.

Relación entre el flemón del apéndice vermiforme y la angina tonsilar.—El Dr. Kretz: La angina suministra, en el momento de la deglución, una gran cantidad de material virulento en el concepto bacteriológico, que pasa, al menos en parte, á confundirse con la flora bacteriana del intestino, abasteciendo á éste de agentes piógenos de gran intensidad patógena. Si además de esto se reunen las circunstancias que favorecen el desarrollo de una lesión patológica del apéndice vermiforme, sobrevendrá ésta con todo el cuadro de una grave afección séptica. Bajo este supuesto habría que formar con las inflamaciones flegmonosas del apéndice un grupo como afecciones piógenas del intestino, grupo que habría que separar de las «escolicoitides», y reunir, en cambio, con las inflamaciones flegmonosas de las mucosas gástrica y del intestino delgado, y con las tiflitis y colitis flegmonosas genuínas, que en el concepto anatómico se pueden separar con toda seguridad de las afecciones del apéndice vermicular.

Las mediciones de la presión sanguínea en el diagnóstico de las enfermedades nerviosas.—El Dr. Kornfeld: Las perturbaciones en la sensibilidad al dolor, siempre se pueden descubrir objetivamente por medio del esfigmomanómetro, puesto que el aumento en la presión sanguínea que se observa al aplicar el pincel farádico á zonas analgésicas ó hiperalgésicas, siempre es menor que el que se aprecia cuando se emplea el mismo procedimiento en regiones que conservan su sensibilidad normal para el dolor. También se

puede determinar objetivamente un aumento de esta sensibilidad en ciertas zonas cutáneas, por cuanto el aumento en la presión sanguínea que se provoca con la excitación de zonas hiperalgésicas es mucho mayor que el que se provoca con la excitación de zonas normales.

El esfigmomanómetro permite demostrar objetivamente una disminución de la fuerza muscular, puesto que varía el aumento de la presión sanguínea según la intensidad del esfuerzo muscular máximo de que es capaz el sujeto respectivo. Resulta, en efecto, que con la energía máxima del lado adinámico, el aumento en la presión sanguínea queda muy inferi or al que se observa con el trabajo máximo del lado sano, ó bien, cuando se trata de una adinamia bilateral, que dicho aumento de presión es menor que el que se aprecia generalmente en el hombre sano. Esta observación sólo adquiere importancia cuando se relaciona con la diferencia que se aprecia en la presión del esfigmomanómetro en los distintos casos de paresia ó de parálisis.

En efecto, así como en las parálisis ó paresias que reconocen por causa una lesión subyacente á la corteza cerebral, v. gr., de la cápsula interna, y lo mismo en los casos de neuritis, el movimiento intencional de una extremidad parálitica ó parésica, va acompañado de un aumento considerable de la presión sanguínea; en las parálisis puramente psíquicas ó provocadas por sugestión, deja de presentarse dicho aumento en la presión sanguínea cuando el sujeto intenta contraer los músculos paralizados. En el temblor convulsivo siempre he visto que, por mucha que sea su duración, no sube la presión marcada por el esfigmomanómetro; en cambio se observa un ascenso considerable de la misma cuando el sujeto trata de reprimir los movimientos temblorosos. Es indudable que este hecho puede servir muy bien para ayudar á establecer el diagnóstico diferencial entre el temblor convulsivo simulado y el real.

Investigaciones sobre los obstáculos á la coagulación. — El Dr. Pick: Las investigaciones que hemos practicado Spiro y yo, demuestran que los fenómenos tóxicos que se presentan con la llamada «acción de la peptona», y sobre todo, el obstáculo á la coagulación, no son debidos á los productos de la digestión como tales, sino quo el cuerpo activo viene á ser una mezcla de la fibrina de la sangre que se utiliza casi siempre como material de excreción, la cual, por medio de una combinación conveniente se puede extraer sin que varíe la naturaleza química de estas albumosas activas, de tal modo, que estos productos se vuelven inactivos. Además de esto, por medio del desdoblamiento de la albúmina en la caseína y en la edestina cristalizada, y también por medio de ácidos conseguimos obtener albumosas y peptonas típicas, que introducidas en el torrente circulatorio no revelan ninguna influencia en la coagulación de la sangre. Por otra parte, sin la cooperación de un fermento se pueden obtener preparados que dificultan el proceso de coagulación de un modo muy manifiesto, no obstante no contener más que indicios de albumosas ó quizá ninguna proporción de estas substancias.

Dedúcese de lo dicho, que hay peptonas que no producen efectos peptonizantes y que se pueden obtener estos efectos sin necesidad de peptona.

R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de las granulaciones conjuntivales por la abrina. — El jequiriti ha caído en un olvido injustificado en el tratamiento de las granulaciones conjuntivales. Dos médicos de Lila, los Dres. Lapersonne y Painblan, recomiendan eficazmente en dicha enfermedad la abrina, principio activo del jequiriti, que tiene sobre éste la ventaja de ser menos dolorosa y no producir una reacción tan enérgica. Usan la preparación siguiente: Se macera 1 gramo de harina de jequiriti en 100 gramos de agua, con algunas gotas de cloroformo. La maceración debe hacerse á la temperatura ambiente y durante veinticuatro horas. La solución se filtra después y se conserva en un globo de Pasteur, añadiéndola algunas gotas de cloroformo para que no se desarrollen microbios. En los enfermos con granulaciones conjuntivales anestesian la conjuntiva, y después frotan enérgicamente la cara interna del párpado con un tapón de algodón mojado en la solución indicada. Sobreviene una gran hinchazón indolente y secreción abundante. Al día siguiente se repite la aplicación, y á las cuarenta y ocho horas ó á los tres días á lo sumo, se forma una falsa membrana bastante gruesa. Este tratamiento es eficacísimo en las granulaciones secas, principalmente, y en el pannus de la córnea. La abrina obra activando la formación de tejido celular, que transforma poco á poco las granulaciones en tejido fibroso cicatricial.

(*L'Echo med. du Nord*).—F. Toledo.

Inoculabilidad del tifus exantemático.—Con motivo de una epidemia de tifus exantemático que se presentó en Odessa, el Dr. O. O. Moczutkowski practicó una incisión en el antebrazo de una enferma que se hallaba en lo más álgido del mal, y con la sangre extraída se inoculó á sí mismo, comenzando desde entonces á tomarse la temperatura dos veces al día, sin que observara nada de particular hasta el día 18, en que se presentaron dolor de cabeza, ascenso de temperatura que llegó hasta los 38°,2, aceleración del pulso, sensación de pesadez en los miembros y languidez general. En la noche del mismo día subió la temperatura á 40°,3 y el pulso á 116, desarrollándose poco á poco el cuadro típico de la enfermedad con los mismos caracteres, incluso en lo relativo á la curva térmica y á la duración del período febril que en la paciente, de donde había tomado la sangre. La enfermedad duró catorce días, pero fué más grave en el autor.

Deduce éste de su observación personal, que el principio contagioso del tifus exantemático se encuentra en la sangre y que esta enfermedad es transmisible directamente en el acmé del período febril, provocando entonces en el hombre sano una afección de la misma naturaleza. Por último, el experimento del autor confirma el dato que ya poseía la ciencia de que el período de incubación del tifus exantemático es de dos á tres semanas.

(*Allgem. medizin. Central Zeitung*).—R. del Valle.

Tratamiento de las grietas de la mamila. — El Dr. Dombrovsky aconseja lavar la mamila varias veces al día con una disolución de permanganato de

potasa al 3 ó 5 por 100. Estos lavatorios son al principio dolorosos, pero el dolor tarda poco en desaparecer. La curación se obtiene en una semana cuando más. No es necesario interrumpir la lactancia. Antes de amamantar al niño, se lava la mamila con agua templada. Las partes inmediatas se protegen por medio de un trozo de hule de seda ó de una compresa de hilo grueso con un orificio á través del cual sobresale la mamila.

(*The New York Med. Journal*). — F. Toledo.

Tratamiento de la disentería por el azul de metileno. — La disentería es una infección bacteriana del intestino grueso, que se caracteriza principalmente por tenesmo irresistible, evacuaciones frecuentes, cólicos y disminución de la secreción biliar. Como el azul de metileno es parasiticida, analgésico y colagogo, el Dr. Berthier lo empleó en varios casos de disentería, algunos de ellos graves y que recaían en enfermos repatriados procedentes de la isla de Madagascar.

El azul de metileno se usa bajo la forma de enemas templados de medio á un litro y que contengan de uno á dos decígramos del medicamento. Se administrarán de dos á cuatro enemas diarios. El primer día se prescriben, hasta que cedan todos los síntomas, cuatro enemas distribuídos convenientemente en las veinticuatro horas y con dos decígramos de azul de metileno cada uno. Para que se toleren bien, conviene que se pongan inmediatamente después de una deposición y que el enfermo esté con la pelvis un poco elevada. Además, se hará la inyección del líquido en varios intervalos para embotar así la excesiva sensibilidad del intestino. Como la acción del medicamento es local, conviene mucho que el enfermo retenga el enema todo lo posible, y en ciertos casos, se podrá y deberá pasar de los cuatro enemas diarios.

El azul de metileno se absorbe muy poco por la vía rectal. Bajo su influencia se calman con suma rapidez el dolor, los cólicos, el tenesmo y los pujos y disminuye progresivamente el número de las deposiciones. Al primero ó segundo enema, ó todo lo más tarde al segundo día, también reaparece la bilis en las cámaras.—(*Allg. Wiener Med. Ztg.*).—R. del Valle.

Tratamiento de los entuertos uterinos por el salófeno.—Los entuertos uterinos adquieren en ciertos casos tal intensidad y persistencia, que ocasionan agitación y hasta subdelirio. Ceden con las inyecciones hipodérmicas de morfina; pero la medicación opiácea suprime las contracciones uterinas y produce estreñimiento. La antipirina es eficaz, pero no siempre. El salófeno, según dice el Dr. J. Audebert, puede considerarse como un específico en estos casos. Combate únicamente el elemento *dolor*, y respeta el elemento *contracción*. Se administra á la dosis de 1 gramo en un sello. A la media hora los entuertos son menos intensos. Si persisten, puede administrarse dos horas después otro gramo de salófeno. La sedación es entonces completa. En ciertos casos, el dolor calmado durante un día se reproduce al siguiente. Cede siempre con una nueva dosis de medicamento.

(*Gaz. heb. de Med. et de Chirurgie*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID — CLÍNICA QUIRÚRGICA (1.ER CURSO)

EPITELIOMA DEL PÍLORO—EXTIRPACIÓN—CURACIÓN

POR EL

DR. D. JOSÉ RIBERA Y SANS

Catedrático de dicha asignatura.

No son tan frecuentes entre nosotros las gastrectomías y pilorectomías, que se pueda prescindir de mencionarlas y exponer las observaciones, vayan ó no seguidas de éxito, para que poco á poco y con las observaciones propias y sin necesidad de recurrir á estadísticas extranjeras, podamos, en plazo más ó menos próximo, saber á qué atenernos respecto á la importancia de tales actos operatorios y á los resultados que con ellos se obtienen.

Ya me ocupé de este asunto al publicar mis tres primeras gastrectomías en esta misma REVISTA el año 1889, y de desear fuera hicieran lo mismo cuantos de tales operaciones se han ocupado, para de este modo ver hasta dónde es tolerable tal intervención y cuáles son los límites prudentes que se le pueden asignar, asuntos algunos de ellos de los cuales tal vez me ocupe con motivo de la exposición de algún caso desgraciado; por el momento, voy á limitarme á exponer el siguiente hecho clínico, que entiendo interesante, no sólo por el éxito obtenido, sino por las dudas diagnósticas que teníamos antes de intervenir y que sólo se desvanecieron una vez abierto el vientre.

Como la historia hecha por el alumno D. J. Copeiro del Valle es bastante completa, prefiero transcribirla íntegra, haciendo, como es natural, al fin las reflexiones que juzgue oportunas:

Filiación.—A. G., natural de Azoñas, provincia de Santander, de

treinta y seis años, cochero, de mediana constitución, de temperatura difícil de determinar, dadas las modificaciones que ha impreso en él la enfermedad actual. Ingresó en la Clínica el 27 de octubre de 1900, ocupando la cama núm. 7.

Anamnesia.—Refiere que desde hace diez meses próximamente nota al nivel del ombligo y algo á su izquierda un dolor fijo, variable en intensidad, profundo, discontinuo, con irradiaciones á los hipocondrios y á la región lumbar cuando se exacerba.

Hasta hace poco tiempo (no determina cuánto), dice que este dolor le acometía por las tardes, que cesaba por las mañanas y en determinadas posturas, como la de estar echado, y que aumentaba por la presión. Añade que ha tenido frecuentes vómitos, que coincidían casi siempre con el dolor y con la digestión, sin que determine bien la naturaleza de los mismos, y estreñimiento. De los antecedentes patológicos de su familia no proporciona ningún dato.

Estado actual.—Apréciase á la palpación abdominal un tumor duro, sin límites bien marcados y situado profundamente en la región umbilical, á unos 3 centímetros á la izquierda del ombligo. Este tumor es doloroso á la presión y de un volumen aparente, aproximado al de un limón pequeño, aunque al decir del enfermo no conserva siempre el mismo tamaño, es algo alargado y su diámetro mayor está en la dirección del eje del cuerpo.

Los escasos síntomas que en el enfermo se advierten son los mismos que tenía antes de ingresar en la Clínica, pero aumentados: el dolor es más intenso, más continuo, con irradiaciones más extensas; no desaparece cambiando de postura, y se exacerba con la ingestión de alimentos (excepto con la leche, que le obra como calmante), razón por la cual apenas toma otro alimento, y aun cuando conserva el apetito no come todo lo que quisiera. Además, hay vómitos, y si estos no son ahora tan frecuentes, como han sido antes, cree el enfermo que se debe á que desde hace dos meses está sometido á dieta láctea; el estreñimiento persiste, expulsando á veces mucosidad y bolas de una extremada dureza en los excrementos. Hay enflaquecimiento bastante pronunciado, palidez de los tegumentos, duerme poco, debido al dolor, y, en una palabra, el estado general deja bastante que desear.

Diagnóstico.—Al parecer, se trata de un carcinoma del intestino delgado. La misma penuria de síntomas característica de esta localización de la neoplasia, unida á la falta de los que distinguen las afecciones de las vísceras vecinas, inducen á admitir el cáncer en el

referido intestino. Debe excluirse cualquier tumor del colon transverso por la situación superficial que tendría, y con mayor razón del estómago, que además de superficial, se encuentra más alto. Un cáncer del riñón ó del hígado, aparte de lo alejado que éste se encuentra del punto afectado, ocasionarían síntomas peculiares: diversa localización del dolor, ictericia en éste, varicocele en aquél, perturbaciones en la orina y demás trastornos hepáticos y renales. Un tumor cualquiera del bazo ó del páncreas no darían lugar á los síntomas del tubo digestivo que aquí se observan, y mucho menos al dolor situado en el punto en que el enfermo lo percibe.

Este tumor, que verosímilmente radica en el intestino delgado, sólido, duro, doloroso, de diez meses de fecha, que obrando mecánicamente ocasiona tan prolongado estreñimiento, rebelde á toda clase de purgantes y enemas, parece ser un carcinoma que, implantado tal vez en la pared del intestino, le comprime y por su crecimiento obstruye en parte la luz del tubo, determinando este obstáculo el acúmulo de las heces fecales; de ahí las bolas duras, casi pétreas que expulsa el enfermo, y de ahí también la variedad en tamaño del tumor que se observa á la palpación.

Es el cáncer del intestino dificilísimo de diagnosticar en el vivo, y en este caso particular más aún, porque el enfermo no tiene la edad asignada á los sujetos cancerosos, ni el estado de nutrición relativa que se encuentra es propio de aquéllos. Sin embargo, aunque no frecuentes, se observan casos de sujetos de menos de cuarenta años afectados de cáncer; y respecto á la poca desnutrición del enfermo, tal vez se explique ó porque el neoplasma sea de evolución lenta, como el escirro, ó porque no haya todavía ulceración y faltan los síntomas de generalización, y hasta que éstos se presenten, es compatible el cáncer con un mediano estado general. Y que no hay ulceración ni generalización, se deduce porque faltan los signos por los que dichos estados se manifiestan, como son: disgregación del tumor, apreciable por la presencia de partículas cancerosas en las heces fecales, y que examinadas al microscopio, no permiten dudar de su naturaleza, hemorragias intestinales, infartos ganglionares en las ingles, color térreo ó amarillento del rostro, y, por último, aparición de la caquexia.

Sin embargo, á pesar de lo expuesto, es lo cierto que antes de practicarse la laparotomía, no puede ser diagnosticado con certeza el sitio en donde asienta este tumor, sino sólo conjeturar se trata de una afección del aparato digestivo.

Pronóstico. — Admitiendo el cáncer, el pronóstico es muy grave; sin contar el inminente peligro á que se halla expuesto el enfermo durante y á consecuencia de la operación, no son muchas las esperanzas de curación definitiva por lo frecuente que son las recidivas en esta clase de neoplasias.

Operación.—El día 9 de noviembre se le operó, haciendo la laparotomía con el doble fin de confirmar ó rectificar el diagnóstico y de proceder al tratamiento de la afección caso de ser susceptible de tratamiento quirúrgico.

Primero se practicó una incisión vertical, dejando en medio el ombligo y contorneándole por su izquierda con el bisturí, incisión corta de unos 6 ó 7 centímetros con el objeto de hacerla lo menor posible, reservando el agrandarla para después de cerciorarse de su insuficiencia; es decir, una incisión lo absolutamente necesaria para poder explorar; seccionada capa por capa la pared abdominal, incluso el peritoneo, é introducida la mano por la abertura, se reconoció que los órganos subyacentes á las zonas umbilical é hipogástrica estaban indemnes; entonces se prolongó la incisión por su extremo supra-umbilical, 7 ú 8 centímetros más, llegando cerca del apéndice xifoides, quedando una abertura amplia para el más perfecto examen de la cavidad. Llegada la mano exploradora al estómago, se observó que éste ofrecía cierta resistencia para dejarse dislocar hacia afuera, como si adherencias con alguna víscera vecina se lo impidiese; en efecto, reconononocido el píloro se vió que un tumor duro le circundaba anularmente, y que por su extremidad inferior y en su porción duodenal se adhería á la cabeza del páncreas. Procedióse entonces á la pilorectomía, se cortó por tejido sano la porción pilórica del estómago, y lo mismo por el extremo duodenal; cortáronse también las adherencias que guardaba con la cabeza del páncreas, siendo preciso extirpar una porción de esta glándula y se separó un trozo de forma de casquete esférico, grueso, tumefacto, y de unos 10 centímetros aproximadamente de extensión; de igual dimensión el diámetro estomacal y unos tres centímetros el duodenal. La porción extirpada presentaba el orificio pilórico muy estrechado por el anillo de dureza cartilaginosa que le rodeaba, y que analizado resultó ser un *epitelioma.*

Limpiado bien el estómago de bilis y resíduos alimenticios, se dió comienzo á suturarlo con el duodeno, sujetando ambas superficies de sección con unas pinzas de ramas largas recubiertas con una sonda de caucho y suturando primero en parte los bordes de la sec-

ción del estómago, por arriba y por abajo con objeto de estrechar su abertura hasta reducirla al calibre del duodeno; de esta manera la superficie de sección del estómago ofrecía dos líneas de sutura desiguales, la superior mayor, la una en prolongación de la otra y entre ellas una abertura del mismo tamaño que la del duodeno; uniendo los bordes de ambos orificios, se suturaron con seda, empleando dos suturas, la una continua de todo el espesor y la otra de refuerzo, análoga á la de Lambert, sero-serosa y continua á punto por encima. En el epiploón gastro-hepático se practicó una sutura en cadena con un fin hemostático. Reducidas las vísceras se suturó aparte el peritoneo, y por último, se cerró la abertura abdominal con una sutura entrecortada que comprendía todo el espesor de las paredes del abdomen.

El examen micrográfico del tumor, demostró que era un *adenoma carcinomatodes;* y tratándose de una neoplasía del epitelio de las glándulas de la mucosa gástrica, que en punto á malignidad allá se va con el epitelioma propiamente dicho, tiene perfecta cabida en la denominación genérica de epitelioma; por eso lo llamamos así.

Diario de observaciones.—Durante la operación se le inyectaron al enfermo 300 gramos de suero artificial de Cea (7 partes de cloruro sódico por 1000 de agua), y después de ella le fueron administradas éter y cafeína. A las cuatro de la tarde del mismo día de la operación, tenía 94 pulsaciones y 34 inspiraciones. A las seis se le pusieron otros 300 gramos de suero, presentando el enfermo á dicha hora 37°,1 y á las diez de la noche 37° y 100 pulsaciones.

Día 10. — Aumentaron las pulsaciones á 116 y las inspiraciones á 44; se le puso un enema de leche con peptona y láudano por la mañana y otro por la tarde. Desde las cinco de ésta ha tomado cada dos horas una copita de champagne helado.

Día 11. — Es atacado de un hipo muy pertinaz Se le pusieron seis enemas de peptona convenientemente espaciados; á las cinco de la madrugada tuvo una hematemesis abundante y á las siete de la tarde otra de menor importancia; á las cuatro ofrecía 38°, 150 pulsaciones y 44 inspiraciones; á las cinco, nueva inyección de 300 gramos de suero. Suprimiósele el champagne, que fué sustituído por tres cucharadas de leche de hora en hora. En este día se observaba en el enfermo una gran depresión nerviosa y su estado era muy grave.

Día 12. — Continúan los enemas peptonizados cada cuatro horas. Por la mañana acusó una temperatura de 33°,7, 100 pulsaciones y 32 inspiraciones; por la noche aumentaron algo.

Día 13. — Inyección de 300 gramos de suero y aumento de leche á una jícara; ligeras oscilaciones de la misma temperatura, pulso é inspiraciones. Se inició la mejoría.

Día 14. — Aumento de leche á una taza. Sólo las pulsaciones, que no bajaron de 113, merecen mencionarse.

Día 15. — Presentando síntomas de bronquitis, se le cubrieron las mitades superiores—anterior y posterior de ambos pulmones con un esparadrapo de tapsia, que le tuvo aplicado veinticuatro horas.

En los días 16 y siguientes se acentuó la mejoría. El día 20 señaló el termómetro 37°,3, y comenzó á tomar el paciente huevos batidos en caldo. El 22, con una temperatura normal, se le levantó el apósito, observándose alguna gota de pus en alguno de los puntos de sutura.

En los días sucesivos continuó el enfermo en un estado muy satisfactorio, permitiéndosele comer el día 28 un sopicaldo y merluza, y adquiriendo poco á poco una energía tal, que el 3 de diciembre —veinticuatro días después de la operación—pudo levantarse un rato. En los días siguientes, reforzada su alimentación con gallina, continuó su franca convalecencia y recuperó su jovialidad y estado físico normal, salvo la debilidad consiguiente á una intervención quirúrgica de tal magnitud.

El 14 de diciembre se le dió de alta en estado de perfecta salud.

Reflexiones.—El resultado de la operación nos hace ver lo erróneo del diagnóstico pre-operatorio y viene á confirmar la idea de las grandes dificultades con que á veces se tropieza para diagnosticar un epitelioma del estómago, por no ser constantes los síntomas con que se manifiesta. Esta localización del tumor deja inexplicado el sitio en que se percibía la tumefacción y el en que el enfermo acusaba dolor, de tal manera que no se nos ocurrió que el neoplasma podría asentar en el estómago, y en consecuencia, no se hizo el análisis del jugo gástrico en busca de su hipoclorhídria ó aclorhídria, y en busca también del exceso de ácido láctico, hechos de gran valor diagnóstico.

Un dato digno de tenerse en cuenta en este enfermo es su edad, treinta y seis años, por ser rara la aparición de cánceres del estómago durante la juventud.

La curación de este enfermo constituye uno de los poco frecuentes éxitos de esta clase de operaciones, debido, por una parte, á la juventud del sujeto, y por otra, á la eficacia del tratamiento empleado. La depresión nerviosa y cardíaca que el día 12 anunciaban un

próximo fin, fué sustituída, gracias al suero y á los enemas peptonizados, por una reacción beneficiosa del organismo, que hizo entrar al enfermo en una franca mejoría.

Poco me resta añadir á lo expuesto por el alumno historiador.

Con referencia al diagnóstico, es lo cierto que no se diagnosticó el sitio del tumor, aun cuando sí la naturaleza, y á este propósito baste decir que por algunos compañeros, dada la situación que ocupaba, la profundidad en que parecía estar colocado y la dirección de su eje mayor, se pensó en un epitelioma del ureter, en tanto que por otros se juzgó se trataba de un aneurisma. Yo me incliné con el historiador á un neoplasma del aparato digestivo, sin atreverme á especificar el sitio de dicho aparato en que recaía, y prueba de ello, que empecé haciendo una incisión periumbilical, juzgando que esta es la más á propósito para la exploración cuando no hay seguridad absoluta de si el órgano afectado es supra ó infraumbilical, porque permite extenderla arriba ó abajo, según sea preciso.

Segundo punto. La inmovilidad del tumor era debida á no dudar á la adherencia del píloro á la cabeza del páncreas, y esta adherencia y propagación me hicieron vacilar en seguir ó no adelante la intervención. Por fortuna, se pudo vencer tal dificultad y fué posible la extirpación de la parte del páncreas invadida, sin que se observara entonces ni después accidente alguno, como no fuera una pequeña hemorragia, que sólo se contuvo con la sutura de la herida pancreática.

Es fácil comprender que en la exposición del acto operatorio hay algún error, más que nada de lugar, y se refiere á la sutura del epiploón gastro-cólico como medio hemostático, sutura que, como es natural, precedió á la resección del píloro y porción de estómago invadida por el neoplasma.

El acto operatorio constituyó algo más que una pilorectomía: se puede calificar de gastrectomía parcial anular, puesto que además del píloro, el neoplasma invadía circularmente las porciones próximas al orificio pilórico.

La sutura y el modo de anastomosis merecen alguna indicación. Me he convencido de que dos planos de sutura, una que comprenda todas las túnicas del estómago ó de los intestinos, porque para el caso es lo mismo, y otra sero-muscular, bastan para que la oclusión sea perfecta. También me he convencido que la sutura continua, haciendo un punto de retención cada tres ó cuatro puntos, es la más

sencilla, la más cómoda y, aun cuando no sea un factor de gran importancia, la que se hace con más rapidez; y este convencimiento en cuanto á las condiciones de la sutura, se debe, en primer término, á los resultados vistos en los individuos que han curado de gastrectomía, enterostomías, gastro-enterostomías, etc., y lo que he podido ver en aquellos casos en que los individuos han muerto en un tiempo más ó menos próximo á la operación. Baste por el momento con esta indicación.

El modo de anastomosis también merece algunas palabras: en todas mis operaciones gastro-intestinales he hecho la anastomosis terminal, sea cualquiera el órgano que haya tenido que anastomosar: hay que exceptuar la gastro-enterostomía en Y de Roux, pero esto, por razones que no son del caso y que ya expuse al publicar en esta misma Revista mis dos primeras gastro-enterostomías. Claro que en las gastrectomías no puedo hacer el frunce que hago en las ileo-colostomías, como también ya he publicado en esta Revista algún caso; pero en cambio, hago lo que describe el historiador: estrechar la abertura estomacal por arriba (en este caso 6 centímetros) y por abajo (2 centímetros) y dejar una abertura de 3 centímetros que corresponde á la sección del duodeno, y lo hago así porque me parece que es la única manera de dejar las cosas lo más aproximadas á la realidad. Sin entrar en discusiones que no me propongo suscitar en esta nota, debo confesar que no se me alcanza gran cosa la razón de las anastomosis laterales; baste con esta indicación.

Para terminar, diré que hoy día de la fecha (21 de diciembre), ó sea al mes y doce días de la operación, el operado come y digiere cuanto come, está completamente restablecido, ha engordado y de su enfermedad y de la intervención no queda más recuerdo que la cicatriz en las paredes del abdomen.

UN CASO DE ECLAMPSIA PUERPERAL

SEGUIDO DE PARÁLISIS TEMPORAL DE LA LENGUA

POR

D. JOSÉ SEBASTIÁN FERNÁNDEZ

Médico en Mailio (Salamanca).

Trátase de una multípara, de treinta y cuatro años de edad, de temperamento sanguíneo, sin ningún antecedente patológico digno de mención, únicamente ha estado mal reglada desde hace un año y cuyos partos anteriores han sido normales.

El día 28 de noviembre, fuí llamado á las dos de la madrugada para asistirla, encontrándome con que la paciente se hallaba en pleno ataque de convulsiones clónicas que hacían estremecer la cama, los brazos fuertemente contracturados, los ojos vueltos hacia arriba y hacia adentro y la lengua aprisionada entre las arcadas dentarias, por entre las cuales fluía una espuma sanguinolenta, la temperatura axilar era de 40°.

A los piés de la cama se hallaba un feto muerto hacía algunos minutos, y que representaba tener algunos cinco meses, sin que pudiera saberse á ciencia cierta la edad por falta de regularidad en el período menstrual de la madre.

Según noticias dadas por la familia, hacía dos días, con ocasión de ser madrina de una boda, al encaminarse á la iglesia, se cayó al suelo, produciéndose un golpe bastante fuerte en la región abdominal y después de una comida copiosa, abusó del baile, durante toda la tarde y parte de la noche.

Al día siguiente, sintió un malestar general que se fué acentuando hasta el punto de tener que acostarse por la tarde y así siguió hasta momentos antes de haber solicitado mi intervención.

En vista de los síntomas observados, no dudé en diagnosticar el caso de eclampsia puerperal y por no tener elementos á mano, por estar la farmacia fuera del pueblo, la traté por las inyecciones de cloruro mórfico, con lo cual cesaron las convulsiones al cabo de algún tiempo.

Me retiré á mi casa, cuando tres horas después próximamente, fuí de nuevo llamado por habérsele presentado una profusa hemorragia uterina, encontrándola en un estado de palidez extremada, con un pulso filiforme y una temperatura de 36°,3. Previa una inyec-

ción de ergotinina, la envoltura de las extremidades inferiores en vendas de franela y una poción de ron, se consiguió reanimarla algún tanto.

Por la mañana, encontré á la enferma en un estado de sopor profundo y cubierta de un sudor copioso y frío, por lo cual dispuse una poción estimulante, así como enemas de hidrato de cloral por no poder la enferma abrir la boca, y como alimentación, dieta láctea exclusiva.

Así permaneció por espacio de treinta y cuatro horas sin defecar ni orinar, hasta la visita del tercer día por la tarde, que me encontré con que había orinado una pequeña cantidad, como 250 gramos, de un líquido lechoso y espeso con gran cantidad de sedimento, la que analizada en el albuminómetro de Ebach, ví contenía albúmina en proporción de 1 gramo por 1000.

Al día siguiente, la encontré algo más despejada y al preguntarle cómo se encontraba, me hizo señas de que no podía hablar. Reconocida entonces la lengua, ví que la tenía cubierta de una capa saburrosa de color blanquecino, no encontrando en ella señal de lesión alguna producida por los dientes; la proyección de ella hacia afuera era casi imposible, hallándose notablemente desviada hacia el lado izquierdo, la bóveda palatina del mismo lado, así como los pilares se hallaban descendidos, no pudiendo la enferma silbar como lo hacía antes y dejando escapar algo la leche al tiempo de tomarla.

En este estado continuó por espacio de cinco días, al cabo de los cuales fué lentamente reanimándose, merced á las sales de estroncio, lactato y ioduro, pero sin cambiar las alteraciones de la orina que en exámenes sucesivos dieron unas cifras de albúmina que oscilaban entre 1 y medio á 2 gramos por litro, y no pudiendo emitir más que sonidos guturales cuando se la interrogaba.

Al octavo día de enfermedad, la orina no llega á contener medio gramo de albúmina, manteniéndose en este estado hasta el 10, día en cuya tarde al preguntar á la enferma cómo se encontraba, me contestó con gran trabajo y tartamudeando que mejor, y notando que había disminuído algo la retracción de la lengua hacia el lado izquierdo.

Desde aquel día, por consejo mío, empezó su familia á hacerla silabear algunas palabras, con lo cual comenzó á poder pronunciar algo hasta conseguir que en la actualidad hable ya casi como antes de su enfermedad, habiendo también desaparecido la albúmina que contenía la orina.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Guía medico-topográfica, por D. Angel de Diego Fernández. Valdemoro, 1901.

II. Baños de Busot. Memoria del quinquenio de 1894 á 1898, por el doctor D. Juan Carrió Grifal. Valencia, 1900.

III. Tratamiento del eczema, por el Dr. P. Vilanova. Barcelona, 1900.

IV. Etiología y profilaxis de la caries dentaria, por D. José Boniquet. Barcelona, 1900.

I

No es necesario repetir la necesidad sabida por todos los médicos de que se fomenten estudios de topografía médica, pues así se afirmaría más el conocimiento terapéutico climatológico y se fundaría sobre bases científicas poco conocidas hasta la fecha.

¿Cómo se hace una topografía médica? Esto es lo que se propone facilitar el autor de este trabajo, y lo enseña con tanta claridad y acierto, que su óbra es un verdadero índice de materias á estudiar por quien desee hacer trabajos de esta naturaleza.

II

Bien merece que un balneario de la índole del de Busot sea atendido en la medida de su importancia, y aunque la mayoría de los médicos conocen esta riqueza terapéutica por su clima y por sus aguas minero-medicinales, no deja de tener mérito extraordinario la Memoria del Dr. Carrió Grifal de descripción completa en cuanto á este balneario se refiere, para deducir que «tiene un clima caliente, suave, constante, seco, marino, de altitud, higiénico y terapéutico; que es el centro donde convergen todas las condiciones climatológicas de la zona de la parte de Levante y Mediodía de España, y que, por lo tanto, es un punto para estación invernal tal vez el mejor de nuestra Nación; que sus aguas termales, por efecto de este mismo clima tan constante y suave, pueda usarse en cualquier época del año para combatir el reumatismo en sus diversas formas, enfermedades de la matriz, neuropatías y cardiopatías, enfermedades del aparato gastro-intestinal, hígado, litiasis, cálculos biliares y re-

nales, allí, en fin, donde la medicación sedante, resolutiva y excitadora, por su elevada temperatura, nos preste indicación apropiada».

En síntesis, esta Memoria es útil, porque hace un estudio completo topográfico y climatológico de Busot y nos señala las propiedades de sus salutíferas aguas minero-medicinales.

III

No es el eczema de las enfermedades de la piel la que menos necesita ser conocida en su esencia, y sobre todo, en su etiología, pues del concepto clínico que de ella se forme depende el tratamiento racional y positivo de esta lesión.

El Dr. Vilanova ha sabido en este trabajo trazar un cuadro completo de la enfermedad y deducir un tratamiento adecuado á las condiciones etiológicas y de localización tan sencilla en su aspecto y tan fácil de ser confundida con otras lesiones provocadas por inconveniente tratamiento. Debe ser el eczema bien conocido por ser de las lesiones más frecuentes en la práctica. El folleto á que nos referimos satisface las aspiraciones que apuntamos y revela acierto del autor en la clara exposición de sus ideas.

IV

Esta Memoria, premiada con el gran diploma de honor en el Congreso odontológico español celebrado en Barcelona en 1897, sería por sí suficiente para labrar su reputación al Dr. Boniquet si sus numerosos trabajos sobre cuestiones de la especialidad no le hubieran acreditado hace tiempo de peritísimo en el arte que con tanto acierto profesa. La caries dentaria en todos sus aspectos, precedida de consideraciones acerca de la estructura de los dientes, seguida de un amplio estudio sobre etiología para tratar de la profilaxis y tratamiento de esta enfermedad de los dientes, forman el texto de su excelente trabajo, que condensa en conclusiones muy oportunas y aceptables. No es cuestión ajena á los médicos el estudio que nos ocupa, por eso debe leerse con atención este trabajo, por el cual merece plácemes el Dr. Boniquet.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 17 *de Diciembre de* 1900.

Cirugía pleuro-pulmonar. — El Dr. Semprun da cuenta á la Academia de cierto número de afectos pleurales y pleuro-pulmonares, ocurridos unos, en la práctica corriente, y otros, la mayor parte, en el Hospital Militar de esta Corte, habiendo podido seguir con el auxilio de distinguidos compañeros, en un período de seis meses, máximum de tiempo que los reglamentos permiten, los varios azares de su curso, alcanzando á ver la finalidad terapéutica que con arreglo á determinado plan quirúrgico se proponía conseguir.

Las notas clínicas que posee pueden clasificarse del siguiente modo:

Pleuresías tuberculosas, unilaterales desde su principio, con lesiones incipientes de ambos vértices; exudado purulento; tratadas por el procedimiento de Playfair, 11; curados 2; mejorados, 9.

Pleuresías tuberculosas dobles con lesiones incipientes de ambos vértices: exudado purulento; retracción antigua del tórax; operado de un solo lado por el procedimiento de Playfair, 1 mejorado. Operado de los dos lados sucesivamente por el mismo método, 1 mejorado.

Pleuresías tuberculosas unilaterales desde su principio con lesiones incipientes del vértice: exudado purulento; abombamiento y deformación del tórax; tratados por resección de tres costillas sucesivas, ofreciendo la abertura del tórax su mayor diámetro en sentido vertical; lavado con agua esterilizada y desagüe consecutivo, 3; de ellos, 1 mejorado, 2 aliviados durante uno ó dos meses, después extenuación progresiva y muerte.

Pleuresías tuberculosas, unilaterales desde su principio, con exudado purulento moderado: lesiones incipientes del vértice, tratadas por resección costal amplia, con destrucción de adherencias, raspado y decorticación parcial 1; alivio de muy pocos días, extenuación progresiva y muerte.

Pleuresías no tuberculosas en individuos con lesiones tuberculosas del vértice, derrame purulento: abombamiento considerable del tórax, tratados por amplia resección costal sin desagüe consecutivo 4; 3 de estafilococus; de estos 2 curados y 1 mejorado. Uno de estreptococia, mejorado al principio, reproducido al mes; sale del Hospital en muy mal estado.

Pleuresías purulentas de pneumococus, estafilococus y estreptococus en individuos bien constituídos, 2; un caso con antecedentes de repetida infección grippal con exantemas; derrame purulento vastísimo costo-diafragmático izquierdo; desviación enorme del corazón á la derecha; absceso intrapulmonar al nivel de la cisura; limitada é indemne la cavidad pleurítica al nivel del canal costo-vertebral; operación de Quenu: se reseca por detrás y delante un fragmento de un centímetro de las cuarta, quinta, sex-

ta, séptima, octava y novena costillas; se incinde transversalmente y se resecan 5 centímetros de las quinta, sexta y séptima costillas; desagüe los tres primeros días, después se suprime; curación. Un caso de estreptococia con osteoperiostitis de la séptima costilla, abertura pleural y fístula; operación de Quenu, curación; reproducción de la fístula; resección costal nueva y curación definitiva.

Quiste hidatídico del pulmón; región postero-lateral izquierda; operación de Boiffin con ventana-colgajo de Delorme para la decorticación; desagüe y capitoneado de la cápsula adventicia con fijación al ángulo inferior del canal costo-vertebral, 1 caso; curación y completo restablecimiento.

Confiesa que no es gran cosa la pequeña estadística que ha tenido el honor de leer, pero en fin, es la única personal, y á ella, é inspirado en temperamentos de prudencia ha de ajustar su regla de conducta para el porvenir. Así, pues, lo primero que de ella se desprende es que antes de toda intervención en el pulmón y la pleura ó en ambos á la vez, ha de preceder necesariamente el análisis bacteriológico y que así como de la exacta apreciación de los fenómenos clínicos se sacará la mejor norma de conducta en la elección de procedimiento, el diagnóstico bacteriológico decidirá en definitiva sobre la conveniencia de abstenerse ó la oportunidad de intervenir.

Considera, con los datos anteriores á la vista, formalmente contraindicada la pleurotomía en los derrames reconocidos microscópica y bacteriológicamente como tuberculosos; desconfía igualmente de la abertura pleural en los derrames de estreptococus cuando estos recaen en individuos tuberculosos y es de dudoso consejo, pero menos temible dicha intervención, cuando en sujetos tuberculosos necesitamos tratar focos pleuríticos purulentos de los que están ausentes el estreptococus y el bacilo de Koch.

La razón, digámoslo así, fisiogénica de esta abstención en las pleuresías francamente tuberculosas y en las no tuberculosas de los sujetos fímicos está, á su modo de ver, en que siendo esencialmente aerobio el bacilo infectante sus facultades quimiotáxicas activas, permanecen apagadas hasta que el cirujano, de un modo ó de otro, abre definitivamente la pleura; se explica bien que los gérmenes pleurales llevados casi seguramente á la cavidad cerrada por inmigración venosa, determinen el estímulo irritativo primero, el éxtasis después y, por último, el exudado; un fagocitismo débil y tardío, indicio siempre de la defensa del organismo, aún depauperado, transformará en purulento el derrame con los detritus de células muertas y aquí se detendrá el proceso con carácter estacionario, sujeto al vaiven de la absorción y reabsorción diarias; pero la submersión de los gérmenes bajo el líquido derramado, ahoga seguramente su facultad de fabricar toxinas.

Este somero análisis y los desastrosos resultados obtenidos en los casos que cita de esta clase, llevan á su ánimo la convicción profunda de abstenerse en lo sucesivo y considerar contraindicada en absoluto la pleurotomía en los derrames tuberculosos, pese á la sugestiva lectura de la mayor parte de los cirujanos fránceses que optan por la amplia abertura de la cavidad, poniendo por sola limitación la de no intervenir tardíamente, y por el contrario, aconseja la abstensión en estos derrames tuberculosos que son los de menos tendencia á enquistarse y tabicar la serosa, debiendo limitarse á punciones aspiradoras que liberen, siquiera sea momentáneamente al en-

fermo de un accidente amenazador y sofocante, con punciones hechas subcutáneamente y haciendo el foco inaccesible al aire.

Por lo que respecta á las pleuresías no tuberculosas de los sujetos sospechosos ó declarados de fimia, aconseja algo más: entonces convendrá la punción á la manera de Chassaignard con un trócar grueso, dejando el desagüe-sifón de Playfair que pone también el foco al abrigo del aire, bajo una doble corriente de agua esterilizada.

En lo referente á los derrames purulentos no tuberculosos, cuando estos recaen en individuos bien constituídos ó exentos al menos de aquella marca, la noción etiológica del agente infeccioso ó infectante, es una cuestión de orden puramente secundario; los signos clínicos toman aquí extraordinario relieve y ellos guiarán con suficiente precisión la mano del cirujano; empero sobre todas las consideraciones está la de intervenir precozmente no bien se hallen rigurosamente determinados por la clínica, la forma, el sitio y la extensión del derrame. En todos estos casos, la idea madre del procedimiento de elección está en Quenu; los de Boiffin y Delagenière no son sino naturales derivaciones anatómicas de aquel inmejorable procedimiento. Tal como le concibió su autor, le ha practicado el Dr. Semprun tres veces; la última modificándole en el sentido de Delorme que abre una extensa ventana y en el de Boiffin que incinde el ángulo posterior de las costillas por exigirlo así la enorme giba que producía una hidátide pulmonar. Nada realiza mejor el desideratum de la Cirugía pleuro-pulmonar: suprimir el llamado espacio muerto, como la operación de Quenu, bien entendido que ésta es susceptible de modificarse según la necesidad con arreglo á las ideas de Delorme que busca la más amplia manera de desenvolverse dentro de la caja torácica; de Delagenière que quiere desaguar á conciencia el surco costo-diafragmático, y de Boiffin que intenta borrar la vasta cavidad y corredera profunda del canal costo-vertebral. La operación de Quenu, pronta y limpiamente ejecutada, desplomando el puente osteo-cutáneo y borrando lo mejor posible el ante dicho espacio muerto, deja siempre ancho portillo para el natural desagüe de los líquidos, haciendo inútil el desagüe y es sorprendente ver como, sin más cuidados que los de una cura esmerada y tardía, la ancha superficie traumatizada repara los estragos y se acomoda naturalmente, con blandura y sin violencia á las nuevas necesidades fisiológicas del órgano parcialmente suprimido.

Cuanto á la cirugía pulmonar, propiamente dicha, pocas palabras, dice, ha de dedicarle, porque, pese al estusiasmo, para él irreflexivo de muchos cirujanos fraceses y norte-americanos y algunos, muy pocos, alemanes, la pneumotomía no ha rebasado aún los límites de una tentativa audaz y desgraciada; refiérese siempre á lo que él cree que debe entenderse por cirugía pulmonar propiamente dicha, ó sea la reclamada por los afectos que interesan exclusivamente el parénquima pulmonar sin rebasar nunca el revestimiento visceral seroso, tales como las cavernas tuberculosas, las grandes bolsas bronquiectásicas, los abscesos y gangrenas, los quistes y neoplasias de localización endo-pulmonar. Sólo cuando estos afectos se exteriorizan en cierto modo, buscando una manera de eliminación fuera del organismo, una orientación externa, para lo cual, el instinto de defensa orgánico ha tenido necesidad y tiempo y ocasión de establecer una barrera de efi-

caz protección contra la acción excesivamente traumatizadora del instrumento que ha de venir en su auxilio; sólo entonces cree que es lícito y aun posible intervenir, llámese como se llame la lesión, excepción hecha, naturalmente, de aquellas neoplasias conocidamente invasoras y recidivantes.

Insiste en que, salvo los casos de infección evidente pleuro-pulmonar, el desagüe consecutivo es perfectamente inútil y estorba al trabajo cicatricial.

Para terminar, expone el siguiente caso de *hidátide del pulmón*. «Se trata de un voluminoso quiste que, socavando en una vasta extensión la casi totalidad del parénquima pulmonar izquierdo, hasta su hilio, dislocaba hacia fuera el omoplato; llenaba el surco costo-vertebral del mismo lado y propulsaba en forma de giba el ángulo posterior de las costillas; acusaba el enfermo visible enflaquecimiento y decaimiento de fuerzas que él atribuía á sus numerosas y antiguas hemoptisis; silencio absoluto estetoscópico y una macicez verdaderamente leñosa en todo el semiperímetro torácico; ni soplos ni extertores, ni roces ni ruidos; solo resonaba el latido cardíaco en toda aquella vasta área, batiéndola en masa con una sonoridad inusitada. La misma singularidad del caso nos puso sobre la pista del diagnóstico; aquella deformación tan predominante en lo alto debía ser cosa enquistada, primitivamente venida del vértice, invadiendo después y poco á poco la región toda. Una punción exploradora hecha asépticamente con la geringuilla de Pravat, nos sacó de dudas dando salida á un líquido límpido y claro como agua de roca; á partir del momento de la punción, preparó al enfermo con inyecciones diarias de estricnina y esparteína; un régimen nutritivo substancioso y ligero, y tres vasos de leche al día fuertemente alcalina y peptonizada; seis días después, previa inyección de morfina con esparteína, y bajo la acción anestésica de una mezcla de alcohol, éter y cloroformo, llevó á cabo la operación del modo siguiente: incisión vertical á 3 centímetros de las apófisis transversas desde la quinta hasta la décima primera costillas, cayendo sobre las expansiones del sacro lumbar que se separan con un periostomo corto y fuerte de abajo arriba; se reseca un fragmento de un centímetro, cuidando mucho de no interesar en este tiempo la articulación costo-vertebral; ahora, como hace Quenu, traza paralelamente una incisión anterior á partir del borde inferior del pectoral mayor, y por fuera del mamelón izquierdo para salvar la mamaria que es inútil herir y ligar; reseca un fragmento igual de las quinta, sexta, séptima y octava costillas, con lo que tiene bastante para movilizar un cuadrilátero osteo-cutáneo que completará la incisión de Delorme; por este inmenso boquete extrae rápida y cómodamente la acefalo-cística después de vaciarla de líquido y vesículas, y finalmente, previo un desagüe de gasa esterilizada, capitonea la adventicia fijándola con puntos de sutura al ángulo inferior de la herida en el canal costo-vertebral.

La marcha de la curación, exenta de accidentes, ha sido muy satisfactoria; seis meses después, este individuo completamente restablecido marchó á su pueblo después de declarada su inutilidad para el servicio».

Al terminar su interesante comunicación, el Dr. Semprun formula las siguientes conclusiones:

1.ª La pleurotomía está formalmente contraindicada en los derrames tu-

berculosos debiendo limitarse, en caso de accidente, á las punciones aspiradoras.

2.ª En los derrames no tuberculosos cuando estos recaen en sujetos sospechosos ó declarados de fimia, deberá preferirse aun á la pleurotomía el desagüe-sifón de Playfair por simple punción con un trócar grueso.

3.ª En todos los demás casos, el procedimiento de elección es el de Quenu, ó sea la toracoplastia, aproximándose en sus límites á la operación de Delagenière ó á la de Boiffin, según que el derrame, por enquistamiento, uni ó multilocular tienda á ocupar mayor espacio en el surco costo-diafragmático, ó en el canal costo-vertebral.

4.ª La pneumotomía y pneumectomía, deben ser rechazadas en el estado actual de la ciencia.

5.ª Sólo son susceptibles de tratamiento quirúrgico, las afecciones primitivamente pulmonares, pero de desarrollo excéntrico, que haciendo irrupción ó empujando por delante de sí la pleura, establecen barreras adventicas de protección, y se esteriorizan del mismo modo que los afectos pleurales.

Chancro sifilítico de la conjuntiva bulbar.—El Dr. Sanz Blanco: Con objeto de añadir un caso más á la exígua lista de localizaciones primitivas de la sífilis en el órgano de la visión y por el interés que despierta el conocimiento de una curiosidad clínica, tengo el honor de exponer á la consideración de la Academia la siguiente comunicación.

En los últimos días del pasado mes de septiembre se presentó en mi dispensario oftalmológico la enferma M. S., de veintidos años, con una lesión ocular que tenía los caracteres siguientes: en la porción antero-externa de su ojo derecho existía en la conjuntiva escleral una infiltración con aspecto de quémosis que de forma elíptica irregular medía próximamente un centímetro de extensión, elevándose un par de milímetros sobre la superficie del globo del ojo; el centro de esta elevación quemótica estaba ulcerado y esta ulceración de forma oval perfecta, de bordes limpios que se continuaban insensiblemente con el fondo de la misma y que era igualmente liso y de color gris plomizo, no era origen de supuración, no dolorosa ni espontánea ni provocadamente y daba al tacto y presión digital una especial sensación de dureza y renitencia; por lo demás, el ojo se encontraba en las mejores condiciones de normalidad, la córnea no estaba interesada y conservaba su perfecta diafanidad; la función visual no experimentaba alteración alguna, la enferma no se quejaba más que de sensación de incómodo roce al mover los párpados, no había ni inyección vascular de la conjuntiva fuera del punto señalado, ni epífora, ni fotofobia: examinando las regiones de la cara y cuello se apreciaba claramente la existencia de un infarto ganglionar preauricular y algunos submaxilares.

La antigüedad de la enfermedad se refiere á diez ó doce días, época en la que sin poder acusar causa, se presentó en el sitio indicado una pequeña mancha roja, que aumentando gradualmente de extensión y de espesor y haciéndose carnosa, se ulceró más tarde, tomando el aspecto que tenía el día que yo la ví y que descrito queda; claro es, que estas noticias las obtuve por lo que la enferma pudo referirme y como el sitio de la lesión no era para ella fácilmente observable, nada de particular tiene que no sean muy deta-

lladas; sin embargo, si del curso evolutivo de su mal no pudo darme explicaciones tan claras como yo hubiera deseado, no fué así al investigar los antecedentes patológicos de familia; díjome entonces que su marido se encontraba enfermo de sífilis y que tenía los labios y lengua llenos de ulceraciones.

Los caracteres que la lesión presentaba se me hicieron sospechosos desde el primer momento; es, por una parte, difícil de explicar la presencia de un quémosis conjuntival de semejante tamaño sin ir precedido ó acompañado de fenómenos inflamatorios agudos, ó sin causa traumática y doblemente inexplicable su terminación ulcerosa sin fenómenos de agudeza, y por otra, el aspecto de la úlcera, su dureza así como la del tejido en que se asentaba, la ausencia de dolores y de exudación purulenta, unido á la existencia de los infartos ganglionares y el antecedente de la manifestación sifilítica que su marido padecía, parece característico de los chancros indurados, pero siendo tan raro que estas manifestaciones primitivas de la sífilis se localicen en la conjuntiva que reviste el globo del ojo, no me creí autorizado á sentar diagnóstico alguno, mientras hechos ulteriores no vinieran á confirmarlo; limité por lo tanto mi acción terapéutica á mantener limpia la parte con lavados de sublimado al $^1/_4$ por 1000 y al uso tópico de calomelanos finamente porfirizados.

Pasados próximamente mes y medio, tiempo en que la lesión continuó poco más ó menos lo mismo que el primer día, quejóse la enferma de molestias en la garganta, hícela reconocer por el Dr. Forns, distinguido laringólogo, á quien supliqué la examinase, sin decirle nada de mis sospechas para evitar juicio preconcebido, el que encontró puntos eritematosos primero y placas sifilíticas después en las fauces y cámara posterior de la boca. Ya desde este momento, no dudé en calificar de sifilítica la afección ocular y diagnosticar sin reservas de chancro indurado de la conjuntiva bulbar, diagnóstico que ratificó el tratamiento á que fué sometida (mercuriales y iódicos), pues empezó rápidamente á mejorar, desapareciendo la ulceración en pocos días y quedando como señal un pequeño botón del tamaño de un grano de mijo, de color gris rojizo y sin inyección vascular circundante.

Los chancros sifilíticos implantados en la conjuntiva bulbar son tan poco frecuentes, que sólo existen publicados 13 casos, y, que yo sepa, en España no ha sido, hasta ahora, observado ninguno, motivo por el que yo doy cuenta de él á la Academia, manifestando lealmente que antes de fijar el diagnóstico experimenté muchas dudas y vacilaciones.

PERIÓDICOS

Sorpresas de los aneurismas.—El Dr. D. Antonio Bartumeu, publica en la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, los casos siguientes:

J. N., de diecinueve años, sujeto bien constituído y de buena salud. Ejerciendo de matarife en el Matadero general, se produjo una herida incisa, casi una puntura, en la región antero-interna del antebrazo, unos dos traveses de

dedo por encima de la articulación de la muñeca izquierda, herida que interesó la arteria cubital, y de la que, por lo tanto, manó abundante sangre. Dominóse de momento la hemorragia; mas como á los pocos días se manifestasen algunos dolores en la región y se presentase en ella un tumor de cierta dureza, acudió el enfermo al facultativo que le asistió en la Casa de Socorro, quien le manifestó que se trataba de una simple inflamación de los tejidos, provocada quizá por la suciedad del instrumento cortante y le propuso algún medio tópico de tratamiento. Pero creció el tumor, siempre duro y doloroso á veces; y como le pareciese al enfermo que nada adelantaba y presintiendo algo grave, viendo las indecisiones del citado facultativo, se decidió á consultar á otro médico, que fué de parecer que se trataba de un foco de supuración, es decir, de un simple flemón; le aconsejó que se aplicase cataplasmas; y si el tumor en tres ó cuatro días se ponía en buenas condiciones, lo abriría con el bisturí. El tumor no cambió de aspecto, y se hacía cada vez más superficial; el médico le instaba para que se lo dejase *abrir;* el enfermo repugnaba esta intervención por creer que *tenía rota la arteria* (así lo decía); por fin, fué á consultar al Dr. Escaró, quien hizo el verdadero diagnóstico, mandó suspender las cataplasmas, procuró ejercer sobre la parte una moderada compresión é indicó la necesidad y la urgencia de una pronta intervención quirúrgica.

En el acto de su ingreso en el Hospital comprobábase en la región ya dicha é indudablemente en el trayecto de la cubital, un tumor del grueso de un huevo, pulsátil, superficial, que había desgastado los tejidos y adelgazado la piel en tal grado que amenazaba romperse de un momento á otro. Teniendo en cuenta la manera cómo se produjo la lesión de la arteria y que los instrumentos que usan los matarifes son por lo común bien afilados, que el enfermo manifiesta de una manera gráfica que al producirse la herida *se partió la arteria porque salió un chorro de sangre que daba saltos*, no sólo resulta indudable la herida de la cubital, sino que esta herida fué de alguna importancia y no se limitó á una simple puntura. Ahora bien, al aplicarse la compresión por los facultativos que le asistieron y ocluir la herida de la piel, tuvo que constituirse por necesidad un aneurisma difuso, formando bolsa no precisamente las túnicas arteriales sino los tejidos circundantes. Hizo aplicar al enfermo una buena compresión sobre el tumor y trayecto superior de la cubital, para disminuir en lo posible la tensión arterial, pues el tumor aneurismático estaba á punto de romperse, tan adelgazada y enrojecida se hallaba la piel que lo cubría.

Practicó la operación el Dr. Escaró incindiendo la piel y la aponeurosis por encima del tumor; puesto al descubierto el tendón del cubital anterior, entre este y los tendones del flexor superficial y flexor profundo se encontró al nervio cubital y por fuera de este la arteria; se aisló esta y se ligó. Hubo alguna ligera dificultad para encontrar el extremo inferior de la cubital, por hallarse desviado á causa de tirar de él la bolsa aneurismática en su desarrollo progresivo; pero incindióse ésta ampliamente encontrándola llena de coágulos, y en su fondo la arteria cubital partida perfectamente en dos y descansando sobre el pronador cuadrado. Aplicóse la ligadura en ambos extremos de la arteria dividida, limpióse la bolsa y se suturó la herida dejando un tubo de desagüe.

No ocurrió contratiempo alguno post-operatorio. La herida siguió un cur-

so franco, pudiendo retirarse paulatinamente el desagüe hallándose completada la cicatrización á las tres semanas.

El segundo caso se refiere á P. B., niña de trece años. Su estado es verdaderamente lastimoso. Demacrada, febril, en decúbito lateral izquierdo obligado, muestra un extenso tumor fluctuante que ocupa toda la nalga derecha; la fluctuación es manifiesta y bastante superficial, si bien por su tensión parece sub-aponeurótica; el muslo se halla en flexión forzada, siendo imposible la más ligera extensión. Tuvo una fuerte caída sobre la nalga hace ya algún tiempo. La deformidad de la parte produce á la vista la impresión de esas grandes osteo-artritis coxo-femorales ya en supuración, y la fiebre viene á corroborar la sospecha de la naturaleza tuberculosa de la lesión. Así opinó más de un facultativo. Llamóle sin embargo la atención el encontrar en la fosa ilíaca derecha un tumor intra-abdominal de gran volumen y de cierta dureza, pero en ninguna manera fluctuante; por el sitio, por la relativa movilidad del tumor, por su consistencia y por la rapidez de su desarrollo, podía sospecharse no se tratase de un sarcoma del ovario derecho, opinión que venía á corroborar la gravísima y rápida alteración ocurrida en el estado general de esta pobre enfermita; pero en tal caso ¿cómo relacionar este tumor evidentemente intra-abdominal y el absceso que más tarde se presentó en la región glútea, cuya relación era indubitable, y que le obligaba á desechar tanto el diagnóstico de coxalgia tuberculosa supurada como el de sarcoma ovárico? ¿Sería una necrosis del ilíaco? Pero esta idea podía explicar la formación del absceso glúteo y aun la de un absceso pélvico; pero el tumor abdominal no presentaba fluctuación ninguna, ni fenómenos inflamatorios de ningún género. La detenida auscultación con auxilio del fonendoscopo dió resultados negativos. Para aclarar el diagnóstico decidió desbridar y desaguar el absceso glúteo, procediendo con sumo cuidado y por capas, quedándose sorprendido cuando al puncionar la aponeurosis y penetrar en la cavidad del absceso, vió que salía por el pequeño orificio practicado *sangre arterial* perfectamente coagulable. Todas las dudas quedaban disipadas: se trataba de un aneurisma de la ilíaca interna, cuya bolsa aneurismática ocupaba la cavidad abdominal y ya en forma de reloj de arena y saliendo por la escotadura ciática ó ya por destrucción del ilíaco se presentaba en la región glútea. Los coágulos del saco aneurismático explicaban la sensación de dureza que daba á la palpación el tumor intra-abdominal. Taponó la herida con gasa esterilizada empapada en aceite esencial de trementina, verificando luego una moderada compresión con el apósito, y la hemorragia quedó cohibida instantáneamente, no ocurriendo en la herida nada de particular durante los días sucesivos. Se cambió el apósito varias veces, sin que manase sangre por la herida. La enferma falleció por agotamiento. Practicada la autopsia, se encontró un enorme aneurisma de la ilíaca interna que, limitado primero á la pelvis, creció con relativa rapidez destruyendo en su progresivo desarrollo el hueso ilíaco, y, rota ya esta valla, se extendió hacia la región glútea, con tendencia á abrirse al exterior. En la colosal cavidad aneurismática se hallaron gruesas esquirlas del ilíaco corroído por el proceso; y toda la porción abdominal de la bolsa estaba llena de coágulos sanguíneos, muchos de ellos organizados.

El sujeto de su tercer caso clínico es un joven de unos veintiséis á veintiocho años que sufrió una violenta caída de espaldas. Presentáronse desde el primer

momento fenómenos de conmoción medular, manifestados por anestesia incompleta de ambas extremidades inferiores y algún trastorno en la micción. Estos desórdenes aumentaron en intensidad y ganaron rápidamente terreno, apareciendo paresia muy marcada de entrambos miembros y á los pocos días paraplegia completa. Así pasó un mes: los fenómenos no cedieron, antes al contrario, se desarrolló el cuadro de una mielitis ascendente, cuyo punto terminal parecía ser al nivel de la quinta ó sexta dorsal, sitio que parece recibió directamente la contusión. Esto hizo pensar en una fractura vertebral, que no pudo comprobarse. El enfermo continuó agravándose, y así pasaron quince ó veinte días. Presentóse entonces al nivel de la región contusa un abultamiento con fluctuación profunda, que fué causa de que viese al enfermo, llamado en consulta por el facultativo que le asistía. Después de haberse hecho cargo de los antecedentes descritos, examinó al enfermo, que ofrecía el cuadro acabado de una mielitis ascendente, quizá por compresión, con paraplegia, anestesia absoluta, parálisis de la vejiga y del recto, y un estado de agotamiento de fuerzas que llamó poderosamente su atención. La anestesia se extendía en el tronco hasta un poco por debajo del sitio del abultamiento indicado. Este se presentaba en el centro del raquis, al nivel de la quinta y sexta dorsales, extendiéndose hacia los lados por entrambos canales vertebrales y hallándose comprimido por el ligamento vertebral común posterior que por su inextensibilidad formaba sobre el tumor una cuerda tirante, dándole el aspecto de una pequeña alforja. El tamaño de este abultamiento venía á ser el correspondiente á dos ó tres vértebras. Percibíase en él fluctuación evidente, y el simple hecho de hallarse contenido por el ligamento vertebral lo determinaba sub-aponeurótico. No cabía duda alguna de que este tumor fluctuante debía ser ó la causa de los trastornos medulares acontecidos, ó un efecto muy directo de la verdadera causa del mal. Auscultado este tumor, *no pudo notarse en él ruido alguno sospechoso;* examinado atentamente, no pudo comprobarse en él latido alguno. ¿De qué se trataba? Se habló de la posibilidad de la fractura de alguna de las láminas y de supuración; se pensó en un gran hematoma producido por la violenta contusión recibida; se sentó la idea de si el tumor podía estar constituído por líquido cefalo-raquídeo, por haber formado hernia la dura madre y haberse desarrollado como una especie de quiste, por idéntico mecanismo que los gangliones articulares, primero comunicante y después aislado. Decidió practicar una punción exploradora para después intervenir de una manera activa según cual fuese el resultado. Puncionó, pues, el absceso, quiste ó lo que fuere, sirviéndose del aparato de Potain: penetró la aguja en la cavidad fluctuante, se abrió la espita del aspirador y vió con sorpresa penetrar en el frasco del aparato ¡sangre arterial! Se trataba de un aneurisma de la aorta torácica que se había abierto paso á través de las vértebras, y aparecía en la región posterior del tronco. Ningún accidente ocurrió á consecuencia de la punción. La enfermedad siguió su curso fatal, y supo después que el enfermo había sucumbido por extenuación.

Quistes hidatídicos del hígado. — El Dr. A. Morales Pérez publica, en *El Siglo Médico*, el caso siguiente:

Francisco Musterós y Puntí, de treinta y ocho años de edad, comerciante, natural de Mataró y procedente de Zaragoza, ingresó en la Casa de Salud

de Nuestra Señora del Pilar (San Gervasio de Barcelona), el día 15 de junio de 1898.

El estado en que se encontraba era gravísimo.

Llevaba muchos días sin poder dormir y en una situación tan angustiosa, que pedía con urgencia la operación. Un vientre voluminoso con una tirantez y brillo en los tegumentos, especialmente en las zonas altas del abdomen; las costillas empujadas hacia afuera, con la base del pulmón derecho completamente macizo, disnea por la elevación del diafragma y lo limitado del campo respiratorio, la dificultad de contener alimentos en el estómago, el tinte sub-ictérico y una pasión de ánimo deprimente, en la creencia de que no tenía cura y estaba irremisiblemente condenado á morir: estos son los caracteres, á grandes rasgos descritos, que presentaba el paciente.

Inspiraba compasión y lástima ver al enfermo, que parecía un *verdadero monstruo próximo á estallar*.

Se decidió practicar la operación lo más pronto posible.

Como la operación reclamaba la mayor urgencia, no quiso hacerla en dos tiempos, y procedió á una laparotomía alta y media, comprendiendo la región umbilical.

Abierto el peritoneo y puesto en relación con el quiste, que pugnaba por salir y desgarrarse, practicó con especial cuidado una sutura muy fina, *en forma de cadena*, para unir el quiste al peritoneo parietal. Cuando estuvo seguro de la sutura, abrió la bolsa por el punto más prominente, y cogidos los bordes con fuertes pinzas, hizo una *sutura de ribete*—como dicen los zapateros—en tanto que salían las vesículas, como prisioneras, ansiosas de libertad, á las que se les abre la puerta de su encierro.

Quedó admirado del número de vesículas que salieron de todos tamaños: desde un huevo de pava hasta pequeños granos de uva. Se llenaron varias vasijas; y según cálculos de los ayudantes, llegarían seguramente ¡á la enorme cifra de doscientas!

Resultó una cavidad enorme, en la que metiendo la sonda olivar, llegaba hasta el pulmón derecho.

Practicó la cura seca, metiendo dos gruesos tubos hasta el fondo y en dirección de adelante á atrás y de izquierda á derecha. Después grandes piezas de gasa, completamente aséptica, algún tanto apretadas, como si *fuese un relleno*, para evitar las hemorragias *ex-vacuo*.

El enfermo recibió por la noche una inyección hipodérmica de morfina y atropina, centígramo y 33 centésimas de milígramo, con el fin de congestionar ligeramente el cerebro y evitar las congestiones inferiores.

A la mañana siguiente se encontró perfectamente: había dormido, no tenía aquella angustia, la temperatura ascendió á 38°.

Procedió á la cura, sacando *aquel almacén de gasa*, limpiando los tubos y haciendo lavados con agua esterilizada.

Las gasas salieron manchadas con un tinte bilioso.

Se repitieron las curaciones; fué disminuyendo cada vez más la cavidad; se despertó el apetito y salió de la Casa de Salud el día 2 de agosto, pero todavía con la fístula abierta.

Al cabo de algún tiempo empezó el operado á esputar moco-pus y pequeñas vesículas hidatídicas con la tos; entonces, previa consulta, se le dis-

puso que tomase el *creosotal* y curó completamente al cabo de unos tres meses.

Goza en la actualidad de la salud más perfecta. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 8 *de Enero de* 1901 (1).

Ablación total del estómago. Curación.—El Dr. J. Bœckel refirió el caso de una mujer á la que hace varios meses extirpó con éxito el estómago á causa de un tumor canceroso de éste órgano ingerto en una úlcera antigua.

De esta observación, la primera de su género publicada en Francia, saca el Dr. Bœckel las conclusiones siguientes:

La ablación total del estómago es no sólo compatible con la existencia, sino que mejora probablemente ciertas afecciones incurables y mortales de necesidad.

Hasta ahora sólo está indicada en los casos de tumores malignos. Pero al lado del cáncer concluirán por agruparse ciertas afecciones gástricas graves en las que, por su sitio ó su extensión, no estará justificada la anastomosis gastro-intestinal.

Cuando el neoplasma es francamente circunscrito y los órganos inmediatos están sanos, y toda otra intervención más limitada se juzga impracticable, la operación referida puede practicarse con éxito, no me atrevo á decir definitivo, pero sí durable. Los casos de Brooks, Brigham, Richardson y el mío, lo prueban de un modo evidente.

Los riesgos operatorios, á juzgar por estas observaciones, no son al parecer considerables. Desde este punto de vista, la gastrectomía total puede sostener ventajosamente la comparación con las operaciones parciales, en apariencia menos graves, en realidad más mortíferas. Esta conclusión, quizá prematura hoy por hoy, merece ser confirmada por hechos más numerosos. El porvenir se encargará de confirmarla.

Las dificultades operatorias pueden ser grandes, pero no insuperables. La movilidad del estómago y la del duodeno favorecen el éxito inmediato.

La operación, practicada según los requisitos de la cirugía moderna, pue-

(1) La sesión del día 11 de diciembre se levantó en señal de luto por la muerte del Dr. Bergeron; la del 18 se dedicó á la distribución de premios y la del 26 á la elección de cargos.

de y debe, por consiguiente, triunfar. Es lógico, por lo tanto, aconsejarla en los casos precitados.

El manual operatorio de la ablación total del estómago comprende cinco tiempos esenciales, después de la abertura del vientre, que son :

1.° La liberación del ligamento gastro-cólico para dejar libre el estómago por abajo, en la gran corvadura ;

2.° Liberación del polo superior del estómago, entre dos pinzas intestinales, la superior colocada por encima ó inmediatamente por debajo del cardias ;

3.° La liberación del órgano en la corvadura menor por sección del ligamento gastro-hepático ;

4.° Liberación del polo inferior después de la sección entre dos pinzas intestinales de la primera porción del duodeno ;

5.° Anastomosis del orificio cardíaco con el duodeno.

La reunión de la pared abdominal termina la operación.

Las consecuencias operatorias en mi enferma fueron benignas : la herida curó por primera intención sin fístula ulterior. Han sido también rápidas, porque á los treinta y tres días pudo darse de alta á la operada.

Respecto á las funciones digestivas, no se perturbaron en modo alguno con la gastrectomía y siguieron desempeñándose con regularidad ; se trastornaron algo á causa del neoplasma, pero se regularizaron después de la operación á condición de que las comidas sean frecuentes y moderadas. Prueba de ello es que el estado general de la enferma mejoró con rapidez. Engordó de un modo sensible, indicio cierto de la asimilación perfecta y regular.

Disolución fisiológica de sal marina en la fiebre biliosa hemoglobinúrica.— El Dr. Gouzien, médico de las Colonias, dijo haber observado en el Dahomey que las inyecciones hipodérmicas de la disolución fisiológica de sal marina, producen resultados excelentes en los enfermos de fiebre biliosa hemoglobinúrica. Si á las veinticuatro horas de hemoglobinuria la orina no tiende á hacerse clara y la temperatura no desciende de 39°, hace debajo de la piel una inyección de suero artificial, que repite los días siguientes si el estado del enfermo lo exige. Jamás ha practicado más de cuatro inyecciones, y en ciertos casos han bastado una ó dos.

Recomienda, además, las inyecciones rectales de agua fisiológica y la tisana de *cassia occidentalis* y como medicación auxiliar las inyecciones hipodérmicas de quinina (á pequeñas dosis), de éter y de cafeína. La inyección de quinina está más indicada cuando la fiebre es elevada.

Desde 1897 á 1900 se han tratado por este método 53 enfermos de fiebre biliosa hemoglobinúrica, curando todos ellos, aunque esta enfermedad es gravísima en el Dahomey.— F. Toledo.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Diciembre de 1900.

Deformación congénita de una pierna. — El Dr. Chavane: Se trata de un niño que presentaba al nacer una deformación notable de la pierna izquierda. En el tercio inferior había una acodadura marcada en ángulo de 130° que miraba hacia fuera. La radiografía demostró que la tibia estaba muy acodada en este punto. Después de varias tentativas de enderezamiento manual, se consiguió disminuir algún tanto la deformación. La patogenia de estos casos es bastante obscura. Creemos, no obstante, que se trata de una compresión intrauterina, tanto más, cuanto que la madre presentaba oligoamnios.

Diabetes insípida y embarazo. — Los Dres. Chavane y Faure-Miller: Hemos observado una mujer que á cada embarazo padece poliuria marcada. Es una nerviosa que en estado normal orina 5 á 6 litros, pero en cuanto se queda embarazada la cantidad de orina se eleva á 15 ó 18 litros en las veinticuatro horas. Poco tiempo después del parto la cantidad de orina desciende de nuevo á 5 ó 6 litros. No se observa ni albúmina ni azúcar, pero los principios minerales existen en pequeña cantidad. El estado general es siempre excelente, y el único fenómeno extraordinario que se observa es sed insaciable. Las poliurias del embarazo no son siempre así. Vinay cita dos casos que terminaron por la muerte.

El Dr. Boissard: He observado en el Hospital Tenon un caso análogo al anterior. La mujer orinaba de 10 á 15 litros en las veinticuatro horas, pero su estado general era satisfactorio y tomó el alta.

El Dr. Bard: Creo que esta cuestión de las diabetes insípidas es más compleja de lo que parece. Hay enfermas que sólo orinan, por decirlo así, agua, y en las que el pronóstico es benigno. Pero otras eliminan además una gran cantidad de ázoe; el caso es entonces grave, porque esta desnutrición por azouria origina con rapidez la tuberculosis. La enferma del Dr. Chavane parece más bien una fosfaturia, motivo más para admitir el origen nervioso de esta poliuria.

Historia obstétrica de una multípara. — El Dr. Boissard: La enferma en cuestión es una raquítica con estrechez pelviana ligera (diámetro promonto-subpubiano 11'5). Ha tenido nueve partos.

1.° Craniotomía; niño de 3 kilogramos de peso.
2.° Parto prematuro por la candelilla; niño de 2 kilogramos.
3.° Parto prematuro por el dilatador Tarnier; forceps.
4.° Parto prematuro por el globo Tarnier; parto espontáneo.
5.° Parto prematuro por el globo; parto espontáneo; niño de 2500 gramos de peso.
6.° Parto de término, sinfiseotomía; niño de 3250 gramos.
7.° Parto espontáneo de término; niño de 3 kilogramos.
8.° Parto espontáneo de término; niño de 3420 gramos.
9.° Versión por maniobras internas; niño de 4150 gramos.

Esta serie de partos, que terminaron de diferente manera, prueba que

muchos modos pueden producir buenos resultados, y que es preciso no ser exclusivista en los casos de vicios pelvianos.

Presentación tardía de la secreción láctea.—Los Dres. Budin y Perret refirieron el caso de una mujer que dió á luz el 31 de octubre un niño de 2040 gramos de peso. No pudiendo criarle, le colocó en un Establecimiento de incubadora, y á los quince días lo llevó á su casa. El niño pesaba 2060 gramos.

Como la madre no tenía leche, crió á su hijo con biberón, pero al poco tiempo tuvo diarrea y fiebre y empezó á desmejorar. Un médico la aconsejó llevarle á la Clínica, donde ingresó el 9 de noviembre. La criatura pesaba 1870 gramos. Principió á amamantarla una nodriza y hoy el niño pesa 2660 gramos.

La madre aplicó á su seno un niño robusto; la secreción láctea se restableció poco á poco, y aunque esta mujer no había tenido una gota de leche durante tres semanas, amamanta hoy á su hijo, pero con ayuda de otra nodriza, porque sólo segrega al día 920 gramos de leche.

Otros casos idénticos demuestran que debe hacerse todo lo posible para que los niños débiles sean amamantados por su madre. Si la mujer no tiene leche, cría su hijo con un biberón ó lo entrega á una nodriza. En el primer caso, según las observaciones del Dr. Budin, los niños mueren en la proporción de 41 por 100; en el segundo, la mortalidad es sólo de 15 por 100, pero superior á la de los niños de término criados también con nodriza.

Es preciso, por lo tanto, que los niños débiles sean criados por su madre, y el medio de conseguirlo no puede ser más sencillo: se entrega al niño débil á una nodriza y la madre amamanta á un niño robusto.

Estos hechos demuestran también que en las nodrizas la cantidad de leche varía según la demanda que se hace.

Resistencia exagerada del amnios.—El Dr. Brindeau: Hace tiempo fuí llamado por una matrona para ver á una parturienta. La dilatación era completa desde hacía cuatro horas, pero los dolores se detenían, por decirlo así, en cuanto principiaban. La comadrona creyó haber roto las membranas, pero sólo había desgarrado el corion, y el amnios resistente impedía la salida de la cabeza. Lo notable de esta observación es que después del alumbramiento se vió que el amnios estaba completamente desprendido junto á las membranas y á la placenta, y que el desprendimiento se había extendido hasta el cordón. Esta membrana tiraba de la placenta y hacía el oficio de un cordón muy corto. Se comprende que si el cordón se hubiera roto en su base, se habría expulsado el huevo amniótico intacto, como se observa en algunos casos raros.—F. Toledo.

VI CONGRESO ITALIANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Celebrado en Nápoles del 20 *al* 23 *de Diciembre de* 1900.

(Continuación)

La placenta previa en la práctica del Hospital obstétrico en Milán. — Los doctores Amadei y Ferri: Haremos en pocas palabras la historia clínica de 97 casos de placenta previa, observados en este Hospital desde el 1.° de enero de 1897 al 30 de septiembre de 1900. El número de partos asistidos en este período es de 5136, de modo que la placenta previa se observó en la proporción de 1'89 por 100. De los 97 casos de placenta previa, 11 recayeron en primíparas (11'34 por 100) y 86 en pluríparas (88'66 por 100). Eran centrales 28 (28'85 por 100) y 69 marginales (71'13 por 100).

Fué preciso intervenir 4 veces en el quinto mes, 7 en el sexto, 24 en el séptimo, 29 en el octavo y 6 en el curso del noveno. El embarazo llegó á término en 24 casos.

Según nuestras observaciones, en la placenta previa central las manifestaciones hemorrágicas son mucho más precoces que en la marginal.

La dilatación del cuello era completa sólo en 9 casos de placenta marginal, y en 2 de placenta central.

La presentación no se diagnósticó en 7 casos. En los restantes éra de vértice 51 vez (56'67 por 100), de piés 11 veces (12'22 por 100), de hombro 28 veces (31'11 por 100).

El alumbramiento fué natural 49 veces, á lo Credé 30 y artificial 9.

La mortalidad materna fué de 5 casos (5'15 por 100), 1 de placenta central y 4 marginal. En un caso, la muerte fué debida á la anemia grave, consecutiva á la placenta previa y á una desgarradura hemorrágica del cuello. En otro, dependió, según toda probabilidad, de una embolia que se produjo en el segundo día del puerperio. En el tercero, la causa fué una embolia durante una irrigación intra-uterina. En el cuarto, la mujer murió por anemia aguda durante la extracción podálica á lo Braxton-Hiks de un feto macerado. En el quinto, la muerte la ocasionó una pleuro-pneumonía aguda á los diecisiete días del parto.

De los 97 fetos, sólo 80 habían llegado al período de vitalidad obstétrica. De éstos, 15 eran prematuros, 26 murieron por anemia aguda ó por asfixia, á causa de la hemorragia ó de la extracción lenta; 39 nacieron vivos.

El tratamiento fué siempre ecléctico. En 2 casos fué únicamente médico. El taponamiento se practicó 10 veces (8 durante el trabajo y 2 mientras el embarazo). La amniorexis se empleó en 16 casos de posición longitudinal del feto. La extracción podálica se practicó con dilatación cervical más ó menos avanzada, siempre que permitía la deflexión de un miembro, en los casos de placenta previa marginal. Se recurrió á la versión 42 veces, 28 por el método clásico, y 19 por el de Braxton-Hicks; 28 veces en la presentación de hombros y 14 en la de vértice.

El forceps se usó 7 veces en un caso de placenta previa marginal.

La craneotomía se practicó 3 veces sobre fetos muertos.

Isotonia de la sangre en la gestación y en el puerperio complicados con enfermedades.—El Dr. Pozzi: He examinado la isotonia de la sangre en 2 casos de eclampsia, en 3 de nefritis, en 6 de tuberculosis pulmonar, en 3 de bronco-pneumonía, en 2 de cardiopatía, en 3 de anemia, en 1 de caquexia palúdica, en 1 de ictericia y en 3 de sifílides; todas las enfermas estaban embarazadas. Puedo afirmar que en casi todas las enfermedades que complican el embarazo y el puerperio, la isotonia es menor que la correspondiente al embarazo y al puerperio normales.

Técnica operatoria del prolapso genital, según el método de Spinelli y resultados remotos. — El Dr. Prinzivalli: Este método se practica del modo siguiente: *Primer tiempo*, colpectomía anterior cuadrangular desde el cuello uterino al orificio vulvar, comprendiendo toda la pared anterior de la vagina; *segundo tiempo*, celiotomía anterior, estiramiento hacia abajo de la lámina peritoneal anterior para cubrir la superficie que ha dejado la colpectomía y sutura provisional del peritoneo á la margen vulvar anterior; esterilización de la mujer, según el método de Rose; acortamiento de los ligamentos redondos á lo Wertheim ó vagino-fijación uterina á lo Dürhrssen en la retrodesviación; histerectomía cervical cuneiforme si hay prolongación hipertrófica del cuello; *tercer tiempo*, resección del seno de Douglas con incisión transversal; colpectomía total posterior cuadrangular con el lado más corto correspondiente al cuello y el vulvar semilunar; *cuarto tiempo*, reconstrucción del conducto vaginal mediante la reunión de los bordes anterior y posterior de las dos fascias laterales vaginales, después de haber reformado el saco peritoneal vesico-uterino con la lamina peritoneal anterior, preparada en el segundo tiempo oportunamente resecada después de haber separado todos los puntos provisionales que la fijaban á la superficie vaginal anterior. De 20 enfermas operadas así, se obtuvo el resultado terapéutico completo en 17.

El Dr. Candía: No acepto las conclusiones del Dr. Prinzivalli y condeno enérgicamente el procedimiento descrito con el nombre de método de Spinelli para la cura radical de los prolapsos utero-vaginales. Me fundo en las razones siguientes:

1.ª La operación descrita es de una gravedad innecesaria.

2.ª La destrucción casi completa de la vagina hace imposibles las funciones de este órgano. La sutura vaginal descrita no es fácil ni completa.

3.ª El nuevo procedimiento es inútil en comparación con las otras operaciones plásticas inofensivas y de resultados siempre excelentes.

El Dr. Mangiagalli: Creo que para juzgar el procedimiento descrito es preciso que las enfermas lleven más de dos años de operadas.

El Dr. Spinelli: Con mi técnica se obtiene, en realidad, la curación del prolapso. La esterilización de la mujer es necesaria—con su consentimiento previo—para evitar la distocia grave que resultaría de la resección vaginal extensa. El prolapso es raro en las mujeres jóvenes. ¿Cómo procede el Dr. Mangiagalli para evitar que se reproduzca?

El Dr. Pestalozza: Condeno una técnica operatoria que hace perder á una mujer joven su facultad de reproducción. No hay autoridad que valga para una castración innecesaria. La conciencia del operador es la única encargada de juzgar la necesidad absoluta de la indicación.

El Dr. Mangiagalli: En los casos de prolapso utero-vaginal en las mujeres jóvenes, empleo los numerosos procedimientos plásticos de colpoperineoplastia conservando la facultad reproductora.

Influencia del jugo ovárico sobre la constitución de la sangre.—El Dr. Rondino: He hecho investigaciones fisiológicas sobre el efecto de las inyecciones del jugo ovárico en el peritoneo de los animales hembras, preñadas ó no. Puedo afirmar que estas inyecciones han sido seguidas de aumento de los glóbulos sanguíneos, particularmente de los rojos. El aumento del número de glóbulos rojos se obtuvo en las conejas no preñadas, hecho notable, porque la misma dosis ocasionó en las preñadas hipoglobulia. Resulta, por lo tanto, que el jugo ovárico se tolera mejor en estado normal que durante la gestación.

Sobre el cáncer primitivo del cuerpo del útero. — El Dr. Cosentino: Creo que el cáncer primitivo del cuerpo uterino no puede considerarse como una rareza. El raspado del endometrio en los casos dudosos y el examen microscópico del producto, permiten muchas veces sorprender el principio de la neoplasia del cuerpo del útero. He observado un caso en el que el examen microscópico del raspado del endometrio, no autorizaba el diagnóstico de neoplasia maligna, sospechado por los anamnésticos y el examen objetivo. La histerectomía vaginal demostró la existencia de un adenoma papilar en la cavidad uterina. La cucharilla y el microscopio no son, por lo tanto, los únicos medios en que debe fundarse el diagnóstico fisioginecológico en los casos de carcinoma del cuerpo uterino.

Fijación del huevo, desarrollo y estructura de la placenta alantoidea y vitelina en la hembra del ratón blanco.—El Dr. Erchia: Deduzco de mis observaciones hechas en la hembra del ratón blanco, que los huevos de estos roedores se anidan detrás de dos pliegues de la mucosa uterina, poniéndose en relación primero con el epitelio de revestimiento y después con las células caducas, cuando el epitelio de su implantación normal experimenta la degeneración grasosa.

Los pliegues de la mucosa donde anida el huevo se reunen por sus bordes libres con la caduca de la pared mesométrica del útero, y se forma la cámara incubadora, la que, por su valor morfológico, puede considerarse, al menos primitivamente, como una parte de la cavidad uterina. Entre la superficie interna de esta cámara y la del huevo, se forma un intersticio que tarda poco en llenarse de elementos caducos gruesos y de sangre materna.

Si fuera posible hacer una comparación exacta entre el proceso de anidación del huevo de este roedor y el que se verifica en nuestra especie, podría afirmarse con la mayor parte de los autores, y en particular con Kollmann, que la cámara incubadora en que se desarrolla el huevo humano, revestida primitivamente en toda su cara interna de epitelio uterino (Chiarugi, His, Ruge), es una parte de la cavidad uterina y no un espacio que el huevo se abre en la dermis mucosa, como suponen Peters, Graf, von Spee y Futh.

Datos para la histología y fisiología de los ovarios de los mamíferos durante la gestación. — El Dr. Cristalli: De los estudios de mi maestro el Dr. Paladino y de los que he hecho en los ovarios de una perra preñada, saco las conclusiones siguientes:

1.ª Que en la perra el proceso involutivo del parénquima ovárico, duran-

te la preñez, adquiere proporciones imponentes; la destrucción es multiforme, difusa, invasora, y no respeta elemento alguno, folículos, tubos ováricos, óvulos, epitelio;

2.ª En la perra, durante la preñez, la renovación continua del parénquima ovárico es simple repetición del proceso de formación primordial.

Creo que no debe darse á la abertura del folículo ovárico más importancia que la debida.

Valor y límites de la histeroscopia.—Algunas indicaciones de la uretroscopia, de la cistoscopia y del cateterismo de los uréteres en las mujeres.—El Dr. Bruni: La histeroscopia tiene bastantes aplicaciones prácticas para el diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades del endometrio (pólipos pequeños, ablación de los residuos de la mucosa, caduca, etc.).

El tubo histeroscópico de 10 á 20 centímetros de longitud, es preferible que sea de metal. Tiene en su interior un mandril para la exploración. La luz procede de una pequeña lámpara Edison, provista de una lente de concentración y de un pequeño reflector. La iluminación es tan perfecta, que pueden apreciarse los menores detalles de la mucosa uterina.

La histeroscopia practicada de este modo es inofensiva, y permite comprobar el diagnóstico, hacerlo en los casos dudosos, apreciar los resultados de algunas operaciones, ó practicar algunas operaciones intrauterinas de poca importancia.

La uretroscopia es de cierta utilidad diagnóstica y terapéutica, en particular en los casos de ulceraciones, de cuerpos extraños, de fisuras.

Del valor de la cistoscopia no debe hablarse, porque todos saben que es el único medio que permite hacer en tiempo útil el diagnóstico y tratar un neoplasma.

El cateterismo de los uréteres, más fácil de lo que suele creerse, puede ser una maniobra pre-operatoria y evitar la lesión de estos conductos durante la histerectomía vaginal y abdominal.

Permite también ensanchar los límites de operabilidad del cáncer del útero, de la vejiga, del recto.

Cistopatía hiperémica en la gestación y en las afecciones ginecológicas. — El Dr. Vetere sostuvo las siguientes conclusiones:

1.ª Podemos considerar como entidad clínica á la forma de cistopatía que se manifiesta por los síntomas siguientes: Tenesmo, rara vez hematuria, con orina fisiológica, con hiperemia bien del bajo fondo vesical y más á menudo del trígono ó de la región vesical contígua al cuello; esta forma puede designarse con el nombre de cistopatía hiperémica;

2.ª La causa de esta cistopatía puede sintetizarse en las congestiones fisiológicas ó patológicas de los órganos genitales que por su relación íntima de sitio, de vascularización y de inervación, influyen sobre la vejiga;

3.ª El diagnóstico de esta cistopatía se hará teniendo en cuenta los anamnésticos, el examen ginecológico y el cistoscópico;

4.ª El pronóstico varía según la causa que sostiene la cistopatía hiperémica.

Una nueva posición laparotómica y sus indicaciones.—El Dr. Eminente: La posición de Trendelenburg es útil para operar sobre los órganos genitales internos, pero puede ser peligrosa en el caso de rotura de los sacos purulen-

tos durante la operación ó de rotura de los quistes ó de los tumores de contenido séptico. En estos casos propongo colocar la enferma en posición contraria á la de Trendelenburg—es decir, con los hombros elevados—porque así se evita que penetre en la cavidad abdominal las substancias sépticas.

El Dr. Vetere: La nueva posición puede ocasionar la anemia cerebral y facilita el descenso de las asas intestinales al campo operatorio.

El Dr. Spinelli: Creo útil la nueva posición. Las asas intestinales pueden sin inconveniente ser sostenidas en alto.

El Dr. Morisani: He visto usar en la Clínica de Pozzi la posición de hombros elevados, particularmente al vaciar los sacos purulentos.

Datos para el estudio histogénico de los quistes dermoides del ovario.—El Dr. Ricci: Es imposible invocar una sola teoría para todos los quistes dermoides. La inclusión fetal puede invocarse para los tumores dermoides profundos del abdomen; la encarcelación para los tumores quísticos que contengan sólo productos análogos á los del territorio cutáneo del que derivan; la partonogenesis para las formaciones ováricas simples sin signo alguno anatómico y clínico de neoplasia; la teoría neoplásica para la formación compleja de los teratomas, para la asociación frecuente de éstos con los neoplasmas y para la influencia nociva que ejercen en tales casos sobre el organismo de la enferma.

Histerectomía vaginal por metritis hemorrágica (angio-esclerosis invasora).—El Dr. Morisani: He observado un caso de metritis hemorrágica gravísima en la que fué inútil el raspado del endometrio. El marido de esta enferma era sifilítico. Tuve que practicar la histerectomía. El examen histológico demostró la existencia de lesiones arteriales análogas á las sifilíticas, lo que explica la hemorragia recurrente. De este caso y de otros análogos saco las conclusiones siguientes:

1.ª El raspado del endometrio hemorrágico en las sifilíticas de alguna edad, puede ser nocivo;

2.ª Estos casos, si no curan con el tratamiento antisifilítico, exige la histerectomía:

3.ª Las lesiones que existen en estos casos merecen el nombre de *angio-esclerosis invasora* dada por Pozzi.

El Dr. Spinelli: En los casos de metritis hemorrágica sifilítica suele ser ineficaz el raspado, pero no el tratamiento antisifilítico; si la alteración angio-esclerosa está muy avanzada, quizá sea necesaria la intervención radical.

El Dr. Leo: Estoy conforme con las conclusiones del Dr. Morisani. He observado un caso en el que el raspado agravó la hemorragia.

El Dr. Morisani: El tratamiento antisifilítico puede ser eficaz cuando las lesiones de la sífilis son incipientes; pero si el proceso angio-escleroso ha interesado profundamente los vasos, como en el caso aludido, sólo es capaz de triunfar de la hemorragia repetida la cura radical.

Influencia de los trastornos menstruales sobre la clorosis y sobre algunas afecciones cutáneas.—El Dr. Barone presenta las siguientes crnclusiones:

1.ª La clorosis debe ser una auto-intoxicación específica de origen menstrual;

2.ª La glándula ovárica, además de la secreción externa (óvulo), es la encargada de eliminar el exceso de la toxina;

3.ª La eliminación de la toxina cesa al terminar la función ovárica ó con su alteración;

4.ª La opoterapia es, por estos motivos, útil en la clorosis, porque suministra al organismo el producto ovárico que el ovario no segrega;

5.ª Las afecciones cutáneas que aparecen bajo la influencia de los trastornos menstruales, demuestra la necesidad de la función ovárica para el organismo femenino.

El Dr. Caturani: He observado un caso de falta de menstruación que coincidió con trastornos cloróticos en una joven en la que, operada por vagino-fijación á lo Dürhsen, se vió que los ovarios no tenían cuerpos lúteos antiguos ni recientes.

El Dr. Cristalli: Creo, como el profesor Paladino, que la función ovárica consiste en la destrucción y regeneración del parénquima ovárico y en la madurez de los folículos, de los que la rotura es sólo un fenómeno contingente.

Efecto de las inyecciones de cultivos esterilizados del bacillus anthracis sobre el parto y sobre el producto de la concepción. — El Dr. Tora: Deduzco lo siguiente de mis observaciones experimentales é histológicas:

1.° El cultivo esterilizado en caldo del *bacillus anthracis* introducido en el torrente circulatorio produce con la muerte alteraciones histológicas profundas de algunos órganos parenquimatosos de los animales;

2.° Son capaces de provocar el aborto ó el parto prematuro;

3.° Determinan siempre en el útero materno la muerte del producto de la concepción con alteraciones histológicas notables de los órganos parenquimatosos del mismo;

4.° La placenta puede algunas veces hacer de filtro perfecto oponiéndose mecánicamente al paso de los bacilos de la madre al feto; pero se deja siempre atravesar por los productos tóxicos de éstos.

Nuevo procedimiento operatorio en el tratamiento de las desviaciones posteriores del útero.—El Dr. Regnoli: La primera operación que propuse consistía en la abertura de la bóveda vaginal anterior, en la separación de la vejiga hacia arriba y en la fijación del útero con puntos que pasando por los ángulos de la incisión vaginal transversa, atravesaban el músculo uterino en el punto correspondiente al límite superior del segmento inferior si el útero se hacía grávido.

He modificado mi técnica del modo siguiente: separo la vejiga y el peritoneo, incindo éste por encima de la vejiga, atraigo hacia abajo y suturo el colgajo peritoneal uterino para forzar la flexión del útero, suturo el peritoneo vesical con el uterino, paso puntos que fijan el útero y suturo la vagina.

Datos para la operación cesárea vagino-uterina.—El Dr. Regnoli: He practicado tres operaciones cesáreas vaginales: la primera, por eclampsia en el octavo mes de la gestación; la segunda, por imperforación del cuello al séptimo mes del embarazo; la tercera, por retención del feto muerto en el útero con necrosis del cuello.

En el primer caso, á causa de la gravedad del momento, excindí el cuello íntegro, separé del útero el recto y la vagina, incindí circularmente sobre el cuello y después de adelante á atrás el orificio uterino. Rota la bolsa de las aguas, procedí á la versión y extracción del feto, que conseguí sin des-

garradura del peritoneo. Cerré la brecha uterina y rehice la bóveda vaginal

La segunda enferma había sido operada por hematometra y hematosalpingitis. Se hizo una abertura anterior del músculo uterino, se unió el cuello al tabique recto-vaginal y se suturó la mucosa vaginal con la uterina. Esta mujer quedó embarazada y tuve que practicar la operación cesárea vaginal anterior.

En el tercer caso de operación cesárea vaginal, empleé la anestesia espinal á lo Bier; la enferma se hallaba en malas condiciones.

El Dr. Pestalozza: Creo impropio llamar operación cesárea vaginal á una operación que es un verdadero parto forzado en el sentido más violento de la frase y que se diferencia esencialmente por la técnica y por las indicaciones de la operación cesárea. Las indicaciones operatorias me parecen muy discutibles en el segundo caso. La provocación del aborto, casi universalmente condenada en los vicios pelvianos, no tiene razón de ser en los de estenosis de las partes blandas, y mucho menos puede ser admitida con la denominación larvada de operación cesárea vaginal.

El Dr. Caruso: Ruego al Dr. Regnoli enumere las indicaciones de la operación cesárea vaginal. Creo que es un peligro para los embarazos sucesivos por la presencia, no de una, sino de dos cicatrices en el segmento inferior.

El Dr. Regnoli: Procedí á practicar la operación cesárea vaginal en la segunda enferma por el temor de que en el desarrollo sucesivo del útero la formación del segmento inferior pudiera ser peligrosa por la presencia de la abertura operatoria. Se eligió la época de la intervención, porque las adherencias posteriores del útero podían impedir la extracción de este órgano á fines del embarazo si se practicaba la operación cesárea abdominal. Los resultados ulteriores fueron buenos para dos madres. El tercer caso es muy reciente y nada puede predecirse. Es de esperar un nuevo embarazo sin consecuencias, porque el músculo uterino se suturó antes de formarse el segmento inferior.—F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 8 *de Enero de* 1901 (1).

Envenenamiento arsenical por la cerveza. — El Dr. E. S. Reynolds dijo que en Manchester habían ocurrido bastantes casos de envenenamiento por el arsénico entre los bebedores de cerveza. El arsénico se encontró en los utensilios destinados á la elaboración de dicha bebida. Se observó entre los enfermos herpes zoster, debido á la acción directa del arsénico sobre los ganglios espinales posteriores. El número de casos que presentaron síntomas mentales fué tan pequeño, que no parece probable que el arsénico obre sobre la substancia cortical del cerebro y produzca alteraciones psíquicas; pero es indudable que obra sobre el corazón y sobre el hígado. Los síntomas observados han sido: 1.°, trastornos digestivos; 2.°, catarro laríngeo, bronquitis y afecciones

(1) La sesión del 25 de diciembre se suspendió por las vacaciones de Pascuas.

agudas de la piel; 3.°, trastornos de la sensibilidad; 4.°, parálisis motora y dermatosis crónicas.

Clasifica como sigue los 500 casos observados: 1.°, enfermos con síntomas poco acentuados; 2.°, enfermos principalmente con lesiones cutáneas; 3.°, enfermos con lesiones hepáticas y cardíacas predominantes; 4.°, enfermos con lesiones paralíticas. De estos 500 casos, 291 recayeron en hombres y los restantes en mujeres. El herpes y las lesiones cardíacas y hepáticas fueron más frecuentes en los hombres, y los demás síntomas en las mujeres.

El Dr. W. Gowers dijo que no han padecido parálisis los enfermos habituados al arsénico, usado como profiláctico de las erupciones de los bromuros. La neuritis arsenical ha sido rarísima, lo que prueba la cooperación del alcohol en la epidemia de Manchester.

El Dr. Buzzard manifestó que los enfermos de Manchester padecieron neuritis periférica múltiple, lo que permite creer que influyó bastante en la epidemia el alcohol. La neuritis alcohólica — la que se observa en los bebedores de licores — es distinta de la neuritis arsenical. La sensibilidad muscular intensa, no es peculiar de los casos arsenicales. La keratosis y los trastornos nutritivos de la piel, se observan en la neuritis alcohólica. ¿Se observó la amenorrea entre las intoxicadas? Los epilépticos toman grandes cantidades de arsénico con el bromuro potásico y no se observa en ellos el envenenamiento arsenical. La proporción del arsénico encontrada por el Dr. Kirkby en la cerveza, es menor que la que toman diariamente los epilépticos por espacio de años.

F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 19 *de Diciembre de* 1900.

Extirpación de la laringe.—El Dr. Gluck: En uno de los enfermos que aquí presento se practicó hace cuatro años la extirpación de la laringe con esófago-faringo-plastia y formación de un doble colgajo cutáneo. De entonces acá, ha aprendido á respirar por la cánula traqueal, á tragar con su faringe de nueva formación y á hablar con el aparato fonador que le he hecho construir.

En el segundo enfermo hubo que extirpar, además de la laringe, la vena yugular interna, la arteria carótida, los ganglios, el escaleno y todos los órganos ascesorios del cuello; quedaron dos huecos que fué imposible cubrir por medio de operaciones autoplásticas. Hice construir un esófago artificial que está formado por un tubo que termina en un embudo y que permite realizar la deglución sin ningún trastorno.

Llevo practicadas 78 extirpaciones de la laringe, y en la mayoría de los casos he conseguido un buen resultado, estético, quirúrgico y funcional.

Hipófisis de cretinos.—El Dr. C. Benda: Aquí presento preparaciones microscópicas hechas por Langhaus, de Berna, con hipófisis de cretinos. Llamo especialmente la atención sobre la disminución de células granulosas en que también ha insistido Coulomb, y, para que se pueda comparar, presen-

to también preparaciones hechas igualmente en Berna con una hipófisis normal. Las lesiones más acentuadas que se encuentran en las hipófisis de los cretinos son las de los cordones celulares del tejido intermediario, de los vasos sanguíneos y del tejido intersticial. Estas particularidades son muy características. Ponfick también ha llamado la atención sobre una alteración mixomatosa del tejido intersticial. El grado de las lesiones varía mucho según las distintas hipófisis. Ni los patólogos de Berna, ni yo mismo tenemos la idea de que existe una relación causal entre este proceso y el cretinismo: pudiera quizá ponérselo en relación con el enanismo, pero aun esta hipótesis hay que acogerla con muchas reservas.

Sobre el raquitismo (*tema presentado por el Dr. Hansemam*). — El Dr. Virchow: En los cráneos que aquí presento, y que proceden del Museo patológico, se ven los procesos propios del raquitismo, el engrosamiento colosal debido á la osificación de la capa externa perióstica, frecuentísimo en el raquitismo, pero que pasa inadvertido muchas veces porque estos procesos no ocasionan síntomas especiales durante la vida, y generalmente no se descubren hasta la autopsia. He de recordar el trabajo que publiqué en el año 1853, donde describí por primera vez estas lesiones y las ilustré con figuras. En contraposición á estos depósitos periféricos hay que citar la craniotabes de Elsäss en que el cráneo se va adelgazando cada vez más y acaba por romperse con sólo una presión moderada (al echarse el niño). También en este caso se interesa la cara periférica produciéndose el adelgazamiento por zonas. Llama mucho la atención el hecho de que en el raquitismo del cráneo, lo mismo que en el de las extremidades, existan inmediatamente juntos procesos del todo contrarios, tales como la pérdida de sal y los depósitos más considerables de esta substancia.

Insisto en que la denominación de osteoporosis que ha adoptado Hansemann es inconveniente, porque en el raquitismo se trata de un tejido perióstico de nueva formación y, por lo tanto, de desarrollo secundario, siendo así que hay costumbre de designar con el nombre de *osteoporosis* un proceso primitivo. La periostitis craneana del raquitismo posee la particularidad de presentarse por focos en la superficie de los huesos. Estos focos están bastante circunscritos y son muy vasculares, de tal manera que si se someten los huesos á la simple desecación, aparecen grandes burujones rojizos de diversa forma, los cuales ó bien reposan sobre los huesos planos ó bien, y esto es aún más frecuente, se continúan á lo largo de los bordes de las suturas y de las fontanelas, dando origen á una figura que recuerda la de las costas de los mapas geográficos. Estos procesos comienzan siempre con un gran desarrollo vascular; pero este desarrollo no es lo primordial sino que se trata de una lesión histológica con el carácter de irritación inflamatoria que es causa de la proliferación de la substancia conjuntiva y de que se osifiquen todas estas capas de nueva formación.

El engrosamiento es principalmente externo, pero también se manifiesta hacia el interior. En contraposición á los procesos que se realizan en el raquitismo, figuran los procesos exudativos, de los cuales no se encuentra el menor indicio en esta enfermedad. Yo no creo en la existencia de las «deformidades» raquíticas; en estos casos se trata más bien de fracturas ó infracciones, es decir, de procesos traumáticos si se exceptúa la escoliosis ra-

quítica, en que más bien se trata de inflexiones del cartílago que no del hueso.

El Dr. Hauchecorne : En los monos y perros domesticados se observa un acortamiento del hocico que yo atribuyo al raquitismo hereditario, y que también se observa en algunos animales salvajes, tales como los murciélagos de los países tropicales. Donde son más marcadas estas transformaciones es en las razas porcunas muy domesticadas ; las extremidades se acortan y encorvan, y también se deforma la cabeza (razas de Berkshire y de Forkshire), deformidad que explica bien la que se observa también en la cabeza humana á consecuencia del raquitismo. Verdad es que en los animales interviene además el cruzamiento de razas. Si en los animales salvajes no se conoce tan bien el raquitismo, es porque sucumben víctimas de la lucha por la existencia. El jaguar, por ejemplo, es una de las especies en que se observa el raquitismo.

La «gota de las cavernas», de que ya traté en 1895 en una conferencia que dí en la Sociedad Antropológica (lesiones de los huesos en el oso de las cavernas) y su relación con la artritis deformante, ya habían sido tratadas por v. Walther en 1825 en un artículo que publicó «acerca de la antigüedad de las afecciones óseas», y que tenía por base las lesiones que había en los huecos fósiles que se encontraron en Iserlohn, en Westfalia. También habló de ellas Cuvier en 1812 en sus «Investigaciones sobre los osamentos fósiles de los cuadrúpedos». En una palabra ; no son sólo los individuos los que pasan y sufren cambios, sucede lo mismo con todas las generaciones ; pero la forma de una enfermedad es casi siempre la misma.

Según Nehring y Hahn, la conformación del perro zarcero depende del raquitismo y al parecer provienen de la misma causa la ambliopía del perro dogo y de los felidos de pata corta que viven en las cavernas ; en cambio los felidos de pata larga que viven al aire libre, v. gr., los linces, se caracterizan como es sabido por su vista excelente.

El Dr. A. Baginski : He de llamar la atención acerca de la persistencia de los dientes de leche en los niños en quienes no se presenta el raquitismo hasta el segundo año de su existencia. Esto prueba que una vez realizada una osificación sólida, ya no se produce un reblandecimiento propiamente dicho.

El Dr. Stölzel : El raquitismo no es debido á una alimentación pobre en cal. La afección ósea que se produce de ese modo demuestra la histología que es una osteoporosis genuína combinada con manifestaciones parecidas á las del raquitismo en el periostio (expansión de la capa de proliferación cartilaginosa). En esta osteoporosis pseudo-raquítica se forma mucho menos tejido que en circunstancias normales ; pero lo que se forma también se calcifica y esta es una diferencia fundamental.

El Dr. Hansemann : Hasta ahora no he visto la craniotabes de Elsäss en el mono. Por otra parte en los experimentos de Zuntz (alimentación con ácido oxálico) se trata de estados osteomalácicos consecutivos. Como prueba de que existen casos de raquitismo en los trópicos, aquí presento una fotografía de un enano procedente de una de las islas del Archipiélago de Salomón. La designación de «osteoporosis» la he adoptado recordando un pasaje de la obra de Virchow acerca de los tumores. Por lo demás, mis des-

cripciones coinciden en un todo con las de este autor. Las ideas de Hauchecorne acerca de la herencia del raquitismo son muy discutibles.

R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 7 de Diciembre de 1900.

Importancia de la reacción yodada para el diagnóstico bacteriológico.—El doctor GRASSBERGER : Lo que voy á exponer se funda principalmente en las investigaciones que he hecho, en colaboración con Schattenfroh acerca de los bacilos de la gangrena gaseosa. Entre las bacterias anaerobias hay que distinguir dos grupos : uno de ellos comprende las bacterias que descomponen los cuerpos albuminóideos dando origen á productos de desdoblamiento de muy mal olor ; las bacterias del segundo grupo, llamadas bacterias del ácido butírico, hacen fermentar los hidratos de carbono y á la par que producen desarrollo de gases, forman ácidos butírico y láctico. Las bacterias del ácido butírico se dividen en móviles é inmóviles ; las primeras al formar esporas se vuelven polimorfas en forma de halterio, y asemejando hongos de levadura : el cuerpo de la célula contiene en este caso mucha granulosa, por cuya razón se tiñe de color obscuro con el yodo. La variedad inmóvil, si se la cultiva convenientemente, se la convierte en la móvil. Yo he conseguido cultivar bacterias procedentes de los flemones gaseosos y de la gangrena gaseosa, las cuales tenían las propiedades de los bacilos del ácido butírico, eran patógenas y bajo la influencia de ciertas causas se convertían de inmóviles en móviles.

Errores de diagnóstico á que puede dar origen la radioscopia.—El Dr. HOLZKNECHT : Un sujeto refiere que hace ocho meses, y en ocasión de estar dormido, se ha tragado una dentadura postiza. El examen radioscópico no descubre por de pronto ningún dato que pueda hacer pensar en la existencia del cuerpo extraño. Sin embargo, al fin llega á descubrirse la presencia de este último en el esófago inmediatamente por debajo de la bifurcación de la tráquea, practicando la iluminación radioscópica de un modo oblícuo, y dos meses más tarde se consigue demostrar que el cuerpo extraño en cuestión se halla situado inmediatamente por encima de la abertura esofágica del diafragma. Aquí presento también una tibia que está fracturada en dirección oblícua de atrás y arriba hacia adelante y abajo : al practicar el examen radioscópico en dirección antero-posterior, no se pudo descubrir la existencia de la lesión ; en cambio, aparece con toda evidencia si la iluminación radioscópica se practica en dirección frontal (transverso-vertical). Presento además un radiograma en el que aparece visible el hueso intermedio del tarso, que en muchos casos se ha interpretado como un trozo desprendido del extremo posterior del astrágalo y cinco monedas de plata que habían sido tragadas y que al practicar el examen radioscópico del abdomen aparecieron como una sola mancha obscura y redondeada.

Para terminar, presento un caso de alopecia areata que ha sido tratado por

medio de los rayos Röntgen. Este sujeto fué tratado por el Dr. Kienböck en forma tal que la mitad enferma de la cabeza fué sometida en cinco sesiones de diez minutos de duración cada una y separadas por intervalos de veinticuatro horas, á la influencia de un tubo de Röntgen de gran intensidad. Siete días después de la última sesión, en la zona que se ha sometido á la acción de los rayos X se ha desarrollado una calvicie casi completa en medio de un picor poco pronunciado que fué seguido de una rubicundez apenas visible. La caída de los pelos no fué completa, siendo muy de notar que de los pelos negros y gruesos han quedado aquéllos que confinan directamente con los focos de calvicie, de tal manera que cada uno de los focos alopécicos aparece rodeado por una zona estrecha y anular de pelos negros. El caso continúa todavía sometido á tratamiento.

El Dr. Freund : Como complemento del caso que acaba de ser presentado, traigo yo á mi vez un muchacho de doce años que también padece alopecia areata. En este sujeto se veían en su cuero cabelludo cubierto de pelos, cuatro focos de alopecia típica que tenían próximamente el tamaño de la palma de la mano. Pero así como tres de estas placas estaban completamente calvas, en una de ellas se veía un desarrollo insignificante de vello muy fino y de color rubio que existía, al parecer, desde el principio de la enfermedad. El muchacho fué sometido á la acción de los rayos X en ocho sesiones de diez minutos de duración cada una, empleándose en dichas sesiones tubos muy duros. En la actualidad se ve en todos los sitios que estaban calvos un vello rubio muy fino, y en cambio, en la zona que antes ya estaba cubierta con esta clase de vello, se ve claramente una nueva repululación de pelos más gruesos y más negros.

Auscultación de los sonidos ó ruídos musculares tanto normales como patológicos. — El Dr. Herz : El sonido muscular es, propiamente hablando, un ruído, como sucede con el primer sonido cardíaco, y tiene, poco más ó menos, la misma intensidad que este último y un timbre parecido. El sonido muscular se puede apreciar con toda claridad en todo músculo que se contrae lo mismo por medio del estetoscopio que con el oído sólo, sin necesidad de ningún instrumento. Por mi parte, sólo ausculto las contracciones tónicas y aconsejo dos métodos que son ambos muy sencillos : 1.° Se hace que el paciente se ponga en puntillas y se ausculta entonces la pantorrilla. 2.° Sobre los hombros del enfermo se coloca una toalla cuyos extremos cogerá el mismo sujeto con sus manos. Si una vez hecho esto se tira por la toalla como para extender la articulación del codo, se oye un sonido muscular muy fuerte en el lado de la extensión del brazo. En ambos casos es tan marcado el sonido, en circunstancias normales, que no hay necesidad de desnudar al sujeto para poderlo escuchar. El sonido muscular tan pronto es fuerte como débil, lleno como vacío, y alto como profundo. En algunos casos se transforma en ruído como de raspadura. Según el sonido muscular presente caracteres normales ó patológicos, así se pueden deducir de este hecho conclusiones de gran importancia sobre el estado del músculo examinado, y de todos los músculos en general, ó en su caso sobre el estado general del individuo, así como sobre las funciones del sistema nervioso central, puesto que el estado de este último puede influir en el carácter musical del sonido muscular.

Convendría estudiar los caracteres que presenta el sonido muscular cuando existen ruídos accidentales en el corazón, en los casos de afecciones constitucionales (anemia, clorosis, diabetes, etc.), en los de fiebre, particularmente durante un calofrío, en la tabes, neurastenia, histerismo y otras enfermedades del sistema nervioso, en los casos de paresia ó contracción involuntaria de los músculos, y, finalmente, antes y después de diversas intervenciones terapéuticas.

Como prueba de que el estudio del sonido muscular no solo puede conducir al enriquecimiento de la sintomatología de una enfermedad sino que puede contribuir al esclarecimiento más cabal de su naturaleza cuando ésta no esté conocida todavía, citaré lo que acontece con la enfermedad de Thomsen. En esta enfermedad todo músculo de la vida de relación se puede contraer fácilmente la primera vez, pero tan pronto como se trata de repetir dicha contracción tropieza con una gran resistencia á causa de que la contracción de sus antagonistas lo distiende violentamente. Sin embargo, después de algunas contracciones su función vuelve á ser completamente normal. Si la enfermedad es de origen central, la persistencia del músculo en estado de tensión equivale á un tétanos y, por lo tanto, el sonido muscular debe oirse con mucha claridad; en cambio, si la causa radica en cada una de las distintas fibrillas musculares, después de verificada la primera contracción, deben de persistir éstas en el nuevo estado de acortamiento y de tensión que dicha contracción ha producido, sin dar origen á las vibraciones que son características de la contracción normal y que son precisamente la causa del sonido muscular: en una palabra, debe faltar este sonido. Ahora bien, esto último es lo que realmente sucede. En la enfermedad de Thomsen no se oye ningún sonido cuando el músculo, después de haber descansado, comienza á contraerse. En el músculo atlético y enérgicamente contraído, en que debiera oirse un ruído muy intenso, se percibe un silencio sepulcral; sólo un oído muy bien educado escucha como producido á una gran distancia, la leve indicación de un ruído muscular. Si se aplica el oído á la pantorrilla de un enfermo que se halla colocado en puntillas, en tal caso se oye el sonido muscular ir aumentando poco á poco de intensidad y hasta adquirir la propia del estado normal. Pero, en ese caso, también han recobrado su normalidad las demás funciones del músculo.—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la fractura de los metacarpianos.—En estas fracturas no suele haber dislocación de los fragmentos porque los metacarpianos no fracturados sirven de férula. Si hay dislocación el resultado varía según su dirección. La dislocación dorsal se reconoce con facilidad y se reduce sin inconveniente con una férula. La dislocación lateral es fácil, pero no su contención. En estos casos aconseja el Dr. Carlos Beck, sostener los fragmentos del metacarpiano fracturado, aplicando en los espacios intermetacarpianos inmediatos dos tubos de desagüe del grosor suficiente, y sujetándolos con

dos tiras de emplasto aglutinante. La mano se envuelve en musgo mojado en agua fría. El musgo mojado se adapta á la forma de la mano igual que la escayola y constituye un apósito absorbente y ligero.

(*The Medical Review*).—F. Toledo.

La atropina en las afecciones dolorosas del estómago.—Según el Dr. Riegel, en las preparaciones de belladona, y en especial de atropina, poseemos un medio muy útil en las afecciones dolorosas del estómago, no sólo como sintomático, sino como de acción directa sobre la causa del mal, tanto porque disminuye la secreción de ácido clorhídrico, como porque relaja y paraliza la fibra muscular. En vez de la morfina, que según el autor aumenta las secreciones y el tono de la fibra muscular, se debe, por lo tanto, emplear la atropina como anodino causal en los casos de cardialgia con hipersecreción y cardio-espasmo.—(*Zeitsch. f. prakt. Arzte*).—R. del Valle.

Tratamiento de las enteritis por la levadura de cerveza. — La levadura de cerveza es eficacísima en las gastro-enteritis infantiles y del adulto. Se ignora su modo de acción, pero bajo la influencia de este tratamiento la diarrea cede, la fiebre desaparece y el estado general mejora. En el adulto se administra la levadura en enemas á la dosis de dos ó tres cucharadas diarias, diluídas en 150 gramos de agua hervida. El enfermo tomará además diariamente tres cucharaditas de levadura seca diluída en un poco de agua. En el niño, después de lavar el intestino, se pone un enema compuesto de una cucharadita de levadura y 60 gramos de agua hervida tibia. Todos los días se ponen dos ó tres enemas de estos. Si la diarrea persiste, se prescribe por la boca una ó dos cucharaditas de levadura. El Dr. Blancher, que recomienda este tratamiento dice que sólo es refractaria á la levadura la enteritis tuberculosa.—(*Journal méd. de Bruxelles*).—F. Toledo.

Tratamiento del muguet. — El Dr. L. Kürt prescribe en todo caso de muguet la fórmula siguiente:

Borax.....	4 gramos.
Glicerina.....	15 —

Vierte media cucharadita de esta disolución en una capsulita ó vidrio de reloj bien limpio. Sumerge en ella un chupador de goma, y mojándolo con un líquido se lo da á chupar al niño de pecho. En los casos leves se repite este procedimiento de cuatro á cinco veces durante el día; en los graves de ocho á doce. De este modo se curan los primeros en veinticuatro horas y los segundos en dos á tres días. En las recidivas se obtiene el mismo resultado

(*Wien. klin. Rundschau*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN CASO DE ENTERO-COLITIS DISENTÉRICA Ó DISENTERIFORME

TRATADO POR EL SUERO ANTI-COLI DE LESAGE

POR EL DOCTOR

D. JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de Enfermedades de los niños en el Instituto Rubio.

Desconozco si entre los trabajos publicados en las Revistas médicas españolas, que son numerosas y demuestran la extraordinaria actividad de la clase médica que en el orden científico va señalándose con notoriedad sin igual en España, se ha publicado algún trabajo de esta índole; así es que no me atrevo á pensar que sea de originalidad—ni esto importa mucho—la nota clínica que doy á conocer, que en mi juicio tiene grandísimo interés, porque tal vez abra ancho campo de experimentación, despertando platónicas admiraciones por éxitos, comprobados en otros países, del tratamiento por el *suero anticoli de Lesage en las entero-colitis disentéricas y de otras formas.*

Para apreciar el valor terapéutico de un medicamento, es necesaria su comprobación repetida en condiciones adecuadas á aquellas en que el experimento se verifica en todos los casos, pues solamente así puede obtenerse la unidad clínica, deducida de una ordenada y científica repetición de hechos semejantes.

No basta uno ni dos casos de observación, se dice con frecuencia, para juzgar del valor del hecho observado; pero con ser esto cierto para los efectos del progreso científico, es de imperiosa necesidad publicar lo que se observa, para que sea, al comprobarse por otros investigadores, el estímulo que despierte el trabajo, que confirme ó

deseche las ideas que hayan brotado de la interpretación del hecho, motivo de observación.

Esta es la principal razón por la cual, aunque no me acompañen numerosas observaciones, doy á conocer el caso clínico referente á un niño de nueve años de edad, sobrino del distinguido médico doctor D. Antonio Espina y Capo.

Honrado con la solicitud de tan distinguido Profesor para que me encargase de la asistencia médica de este enfermo, dirigí su tratamiento desde el tercer día de enfermedad.

Debe consignarse que nada había digno de ser anotado, que pudiera tener relación con la enfermedad actual; únicamente, como dato etiológico, que dos días de fecha anterior á nuestra primera visita, había fallecido en la misma casa un hermano gemelo, de enfermedad que presentaba iguales síntomas que el que es objeto de esta observación clínica, y que duró aquélla nueve días, falleciendo con manifestaciones de intoxicación bulbar.

Seguramente el contagio debió verificarse de uno á otro, ó tal vez los dos estuvieron simultáneamente bajo la influencia del mismo agente etiológico, más activo en el primero que en el segundo, en el cual acaso la inmunidad se prolongó por más tiempo, y fuese simplemente una coincidencia de fecha de explosión de la enfermedad, bastante para sembrar dudas respecto del momento etiológico del contagio por cualquier medio. El análisis de las deposiciones intestinales, dato causal de valor en el caso de referencia, dió por resultado, según informe del Labóratorio Municipal de esta Corte, la presencia del bacilo coli.

Los síntomas que apreciamos en este enfermo eran los siguientes: actitud en decúbito supino, con las piernas en flexión sobre el vientre; el tronco y brazos, revelando postración, cansancio, que no le permitían adoptar otras posturas más que la descrita. Su cara de color pálido mate, y las facciones contraídas, más el quejido constante que lanzaba el niño, revelaba el sufrimiento que su estado le ocasionaba.

Pulso frecuente, oscilando entre 100 á 120 y temperatura variable, sin que sobrepasara de 38°,5, durante los quince días de tratamiento antes de la aplicación del suero de Lesage.

Lengua ligeramente saburral y seca, mucha sed y múltiples deposiciones, llegando hasta 30 algún día el número de veces que el tenesmo rectal le obligaba á deponer materias viscosas, mucosas, de aspecto espumoso, color verde limón, olor fétido, con fuertes có-

licos y pujos tan extraordinarios, que hacía creer á este enfermo que la vasija en que se le colocaba era pequeña para la cantidad ilusoria de deposiciones que iba á verificar. Con ellas salían en ocasiones trozos de mucosa intestinal teñidos de sangre, y en otras tenían el aspecto de agua de lavar carne; síntomas que si no son los que definen la disentería típica allí en donde el clima y otras condiciones son causa predisponente á este padecimiento, se parecen tanto á los de aquella enfermedad, que autorizan á clasificarlas de disenteriformes, y sospechar su analogía de causa en mayor grado tal vez de atenuación.

En esta situación, libre el sistema nervioso de la acción de presencia del bacilo ó de la toxina, causa de la enfermedad, juzgamos la situación halagüeña por el momento, tratándose de los efectos de causa puramente local y de síntomas que no transcendían más allá de los límites del terreno en que aquella se desarrollaba, y por eso nuestra terapéutica fué durante quince días la clásica de desinfección local por medio de lavados altos del intestino, la antiséptica y astringente recomendada en casos análogos y de defensa en lo posible de las fuerzas del enfermo, plan terapéutico que también aceptó el Dr. Tolosa Latour.

Pasado este tiempo sin que los síntomas descritos cedieran á satisfacción, propuse al Dr. Espina la aplicación, en éste caso, del suero de Lesage, teniendo en cuenta los trabajos de dicho Profesor del Instituto Pasteur encaminados á este fin, y aceptada mi proposición, se solicitó consulta con el distinguido médico mayor del Cuerpo de Sanidad Militar, D. Ramón Sáez García, que manejaba este suero en el Hospital del Buen Suceso, en los repatriados de Cuba y Filipinas con disenterías pertinaces, en las cuales el éxito respondió siempre á las esperanzas concebidas.

Al efecto, reunidos el día 10 de junio á las once de la noche y acordada la aplicación del suero Lesage con asentimiento también de los Dres. Espina (D. Pedro) y Malo (D. Bernabé), se aplicaron en inyección hipodérmica de 10 cent. cúb. en el vientre (sitio de elección como para la aplicación del suero antidiftérico).

Después de la aplicación del suero de Lesage se observó lo siguiente:

Día 11.—Durante la mañana, menor número de deposiciones en relación con el día anterior consecutivo á la aplicación de 10 centímetros cúbicos de suero á las ocho de la mañana.

A las siete de la tarde 39°, 120 pulsaciones. A las once de la noche, aplicación de otros 10 cent. cúb. de suero.

Hasta esta hora, solamente había hecho 18 deposiciones mucosas y ligeramente sanguinolentas.

Día 12.—A las nueve de la mañana 37°,6 y 115 pulsaciones; aplicación de 10 cent. cúb. de suero. A las once de la noche otros 10 centímetros cúbicos de suero. Durante el día hizo 10 deposiciones mucosas y de color negro.

Día 13.—A las siete de la tarde 37° y 120 pulsaciones y 10 centímetros cúbicos de suero, el estado general más reanimado y las deposiciones del mismo aspecto.

Días 14 y 15.—Sin fiebre y sin variar el estado del día 13, se aplican cáda día 10 cent. cúb. de suero.

Día 16.—Sin aplicación de suero. El mismo estado.

Día 17.—Se aplican 10 cent. cúb. de suero sin que la mejoría iniciada haya variado.

Día 18. — Hace solo tres deposiciones, sin tenesmo rectal, ligeramente mucosas, nada sanguinolentas y se dispone alimentación de leche y huevos, se levanta el enfermo y duerme bien, entrando en franca convalecencia, tolerando inmediatamente la alimentación más fuerte sin que su digestión se altere, y permitiéndole hacer vida normal al poco tiempo de su convalecencia.

Durante la aplicación del suero se prescindió del empleo de otro medicamento, en vista de la ineficacia de los administrados hasta entonces, y fiados en el éxito que se sospechaba obtener con el suero de Lesage. El resultado no pudo ser más lisonjero, pues en seis días se obtuvo un cambio radical en la marcha de la enfermedad, que por la medicación racional de antisepsia local, no se pudo alcanzar en los quince días que se luchó sin descanso.

El éxito, pues, fué seguro; las condiciones de observación no pueden ser sometidas á la menor censura, puesto que únicamente se dejó al suero la responsabilidad de acción; y en apoyo de la eficacia del tratamiento sueroterápico vino entonces la casualidad del contagio de una hermana del enfermo, que con malestar general durante tres días y deposiciones abundantes y verdosas con pujos frecuentes, síntomas, en fin, iguales á los que padeció al principio el enfermo objeto de esta observación clínica, fué curada en tres días sin más tratamiento que la aplicación de 30 cent. cúb. de suero de Lesage.

Este es el caso, y su curación indudablemente debida al tratamiento sueroterápico. Así lo consigno, y cumpliendo este deber, bien quisiera que fuera el motivo de estudios en este sentido para acla-

rar conceptos etiológicos y terapéuticos en enfermedades de esta clase, no muy bien definidas en la actualidad.

Así es, en efecto, pues otra cosa no autoriza á pensar la escasez de noticias respecto de este asunto, lo poco vulgurizados que están los trabajos de Lesage, y por lo que á nuestra Nación se refiere, el único trabajo de observación publicado por el distinguido médico de Sanidad Militar, Dr. Sáez García, del cual en tiempo oportuno dimos cuenta á nuestros lectores (1) á título de nota bibliográfica, y que hace relación de las aplicaciones de este suero en los disentéricos procedentes de los países cálidos. No se nos ocultan los conocimientos que de la materia ha adquirido directamente de Lesage el doctor Llorente, de esta Corte, quien sin duda alguna tiene observación personal de este problema clínico; pero mientras nos da cuenta de más casos análogos, nos debemos atener, para juzgar de su eficacia en las disenterías de esta naturaleza, al resultado alcanzado en el que motiva esta información clínica.

De todo lo expuesto surgen algunas consideraciones que creemos pertinentes para la orientación clínica en las disenterías de esta índole.

Comienza la lesión intestinal, en casos semejantes, por una hipersecreción de las glándulas mucosas, infiltración leucocítica de estromas que luego se hace hemorrágica, de forma nodular con extensión á la submucosa. Se seca y escarifica más tarde para caer la escara y ahondar las lesiones iniciales, formándose nuevas membranas, que unas permanecen adheridas á la mucosa y otras en trozos de diversos tamaños y formas, se expulsan en las deposiciones. De ahí las diversas fases de la enfermedad y los distintos aspectos que en el curso de ella presentan las deposiciones de estos enfermos.

En las deposiciones viscosas, Thiercelin ha encontrado un micrococo que llama enterococo, y al que atribuye importante papel etiológico en las enfermedades de esta naturaleza. Abunda en el intestino en estado normal, en estado de saprofito y por causa local ó general, se puede exaltar su virulencia.

¿Es este el agente causal de la enteritis disinteriforme, distinto de las enteritis vulgares, acompañada en ocasiones de síntomas generales, atacando al cerebro ó á las meninges con hipertermia á veces, con hipotermia en otros casos, de marcha aguda, sin tendencia á fenómenos críticos y de una gravedad notoria desde su aparición en

(1) Revista de Medicina y Cirugía prácticas, núm. 649, corespondiente al 7 de julio de 1900.

los niños, no muy frecuente, por fortuna, en la segunda infancia, ó es otro bacilo intestinal y sus toxinas el responsable de estos graves estados?

Nada hay concluyente, hasta la fecha, en cuanto se refiere á la causa específica de las enteritis y disentería, pues las observaciones de varios autores determinantes de diversos agentes micropatogénicos con residencia en el intestino durante estas enfermedades, llevan dudas al terreno etiológico, y por eso no es posible atenerse á un solo agente específico, por más que al *bacilo coli* y sus variedades se le atribuye la responsabilidad causal por la mayoría de los observadores. No autorizan á pensar otra cosa cuando en el intestino se encuentra una flora numerosa y no faltan, además, estreptococos varios, spirilos, el *bacterium colli communis*, el fermento láctico de Pasteur y otros muchos, que no hemos de enumerar, y que demuestran cuantas causas de enfermedad en él radican. Pero por lo que á enteritis disenteriforme se refiere, podemos asegurar que no todos están conformes en que la *coli* sea su verdadera causa, pues entre todos los que se encuentran en estas lesiones, cree Durando Durante que es agente más importante el *bacillus viridis*, que cultivado con el colibacilo predomina y adquiere gran virulencia; W. Brooker ha encontrado el *estreptococus* y el *proteus vulgaris*: los primeros producen ulceraciones, y los segundos manifestaciones tóxicas. Escherick ha encontrado el *entero-estreptococus*; Nobecourt dice que siempre en la flora intestinal, al lado del *colibacilo*, se encuentran otras especies, que el estreptococus es casi constante y que tal vez por esto se atribuye á la asociación estrepto-colibacilar la virulencia en los casos de enterocolitis, pero él no encontró en la sangre más que el coli; cree que la acción del estreptococus es puramente local y pasajera; también, dice, se asocia al *proteo-vulgaris*. Lesage opina que la acción nociva de más importancia es la del *colibacilo*, y así piensan también muchos autores. Por eso, al encontrarle en las diarreas de diversas clases, y aun en estado normal, ocurre preguntar si las variantes patológicas provocadas por su acción, serán debidas á asociaciones con otros micro-organismos ó á exaltaciones virulentas del *colibacilo* por otras causas.

G. A. Petrone dice que creen otros autores, que el colibacilo segrega una toxina poco activa en nuestros medios de cultivo; que las toxinas del coli desempeñan un papel muy principal, si no único, en la acción patogénica de este micro-organismo, y que en la infección colibacilar, la acción principal nociva es debida á la gran cantidad

de productos tóxicos segregados por los micro-organismos difundidos en gran cantidad, sustrayendo oxígeno del organismo, produciendo trombosis, etc., así como asegura que la toxina ordinaria del colibacilo del intestino humano no tiene la propiedad de actuar á pequeñas dosis, y admite con reserva la propiedad de crear antitoxinas.

También conviene recordar otras ideas de autores que acerca de esta cuestión han dado á conocer sus impresiones, para demostrar que si bien nada hay concluyente hasta la fecha, de unas y de otras puede surgir la solución del problema etiológico y patogénico de estas infecciones intestinales.

Baginsky opina que las diarreas resultan de una intoxicación de los productos de fermentación intestinal, en la cual interviene siempre el coli, el bacilo lactis aerógeno y un bacilo que pertenece al grupo de los proteus, y que hay un grupo de diarreas en que la lesión anatómica es una lesión folicular desde la enteritis hasta la disentería, conociendo entre éstas, formas intermedias, y que análisis hechos en la sangre de enfermos disentéricos, confirma la idea de que estas disenterías son manifestaciones locales.

W. Rooker distingue: *infecciones dispépticas* con colibacilo en pequeña cantidad y bacterium lactis aerógenos, *gastro-enteritis estreptocócica* con ulceraciones é infección general, en la cual abundan los estreptococus, y la *infección coli-bacilar* con síntomas generales y ulceración intestinal.

Radzievsky manifiesta que en caso de infección coli dos fenómenos distintos se producen en el organismo infectado: uno, de multiplicación de bacterias y otro de deformación de las mismas, casi en disolución, y esto se hace exclusivamente fuera de las células por substancias antitóxicas formadas en el organismo y vertidas en líquidos y jugos orgánicos. Este proceso de bacteriología desempeña el papel principal en la defensa del organismo en caso de inmunidad natural, así como en la inmunidad débil, y en los dos casos se pueden encontrar leucocitos conteniendo microbios deformados, y más á menudo normales, pero el número de estos microbios es insignificante en comparación con el que es destruído por los líquidos del organismo.

En vista de todo lo expuesto, ocurre preguntar: ¿Es que las lesiones intestinales en esta enfermedad son el sitio de destrucción provocado por la presencia del colibacilo por donde íntegro pasa al torrente circulatorio y determina la infección con hipertermia, ó por

donde se absorben las toxinas que ellos segregan, y su intoxicación con falta de reacción térmica, como al parecer piensa Lesage? Esto es lo más probable dentro de las hipótesis que por hoy deben sostenerse en la patogenia de esta enfermedad. Por eso la sueroterapia debe aconsejarse en estos casos, oponiendo por ella antitoxina á la toxina (acción no bien definida en la actualidad) ó toxicidad de ambiente al microbio causal, ó despertando la fagocitosis de defensa para que por este medio no se desarrolle y deje á la reacción orgánica la franca evolución, en el sentido de la curación de las lesiones provocadas.

No es este el momento de ocuparse de los trabajos de Lesage para la obtención del suero anticoli, fundado en los principios y reglas generales de sueroterapia, ni de los métodos definitivos que ha de dar á conocer, cuando el laboratorio y la clínica hayan satisfecho sus resultados, pero anticiparé algunas ideas relativas á su *acción aglutinante*, puesta en litigio en la actualidad.

A este propósito, decía Lesage que la reacción aglutinante es indicio de una reacción del organismo contra una intoxicación aguda. El, con una buena toxina del bacterium coli inmuniza un caballo y obtiene un suero antitóxico, con gran poder de reacción aglutinante, y manifiesta que el suero normal no aglutina el bacterium coli infeccioso, ni en el bacterium coli normal. Las diversas razas del bacilo coli del adulto (disentería, diarreas diversas, etc.), no son aglutinadas por el suero del niño enfermo ni por el antitóxico del caballo inmunizado.

De este asunto opina Plaundler, como resultado de sus observaciones en la Clínica de Escherich, que la aglutinación no se produce más que en ciertos casos de colitis infecciosas, y en otros en que sin ser el colibacilo la causa de la infección gastro-intestinal, interviene de agente infeccioso en las complicaciones en el curso de la enfermedad. Opina Radzievsky que la acción aglutinante del suero colibacilar, es una propiedad específica. Los experimentos hechos en colibacilos aislados de las deposiciones normales y patológicas, han permitido observar que en el mismo intestino se pueden encontrar colibacilos que, desde el punto de vista de la aglutinación, se manifiesta de distinta manera en el suero; que un suero colibacilar obtenido por la inoculación de una sola especie de un animal, puede aglutinar este solo bacilo ó á otras especies; que dos sueros que no contienen cada uno más que un coli homólogo, pueden aglutinar un tercero con coli no homólogo; que variedades de coli que presentan las más grandes

analogías en sus propiedades biológicas, no son influenciados de la misma manera por un suero coli no homólogo, pues unos son aglutinados y otros no. Por último, un coli cuya virulencia ha sido experimentalmente exagerada, se puede manifestar, respecto del suero, de otro modo que la especie primitiva de donde proviene.

Hay, sin embargo, quien no reconoce valor alguno diagnóstico á esta reacción aglutinante y los entusiasmos del principio por este dato de observación, han decaído para otros hasta el punto de que se le tenía por síntoma de escaso valor. Esperemos por ahora las conclusiones que Lesage deduzca de los trabajos que con fé sigue con más constancia que nadie hasta la fecha, para saber á qué atenernos respecto de las dudas señaladas con motivo de la exposición del presente caso clínico.

Apuntadas, aunque ligeramente, quedan las precedentes consideraciones de gran aplicación para seguir el estudio de esta cuestión clínica hasta su resolución satisfactoria; de ellas naturalmente se deduce que en la actualidad es preciso mantenerse en estado de interrogación para interpretar los hechos que se observen en el tratamiento sueroterápico por el suero de Lesage de las enterocolitis disenteriformes y de otras formas patológicas de las infecciones colibacilares. Pero siguiendo con fé el camino emprendido y pensando en la analogía de acción terapéutica contra parecidas acciones etiológicas, en donde la cuestión puede darse por resuelta, no es de temer que fracase la resolución de este problema clínico que absorbe la atención de hábiles experimentadores.

Que el laboratorio dé cuenta de sus progresos en el descubrimiento de este punto de sueroterapia y que la clínica publique el resultado de sus éxitos y de sus fracasos, y no estará lejano el día del triunfo para el suero anticoli, como por estos medios se realizó el del suero antidiftérico. Mientras tanto, hay que permanecer en constante actividad de observación para desterrar de la infancia el desdichado resultado que por hoy tienen las infecciones intestinales, cuya cifra de mortalidad por este motivo es objeto de constante preocupación. Publíquense, pues, todas las observaciones en estas enfermedades, y su tratamiento sueroterápico, lo mismo en los casos de éxito que en los fracasos, pues así solamente es como se puede conocer el verdadero balance terapéutico de las enterocolitis disentéricas.

REVISTA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Oto-Rino-Laringólogo. Madrid.

SUMARIO: I. Un caso raro de trombo-flebitis supurada del seno transverso. —II. Sobre la causa de ciertas formas del paladar óseo. — III. Un medio de ayuda para sondar el seno frontal.—IV. Opacidades del cuerpo vítreo y desprendimiento retiniano, como consecuencia de la sinusitis etmoido-frontal. — V. El thiocol en el tratamiento de la tuberculosis laríngea. — VI. La peronina como nuevo anestésico local de las vías aéreas superiores.

I. La trombo-flebitis séptica del seno lateral, como complicación de un estado patológico en el oído medio, es un hecho de la patología y de la clínica, perfectamente conocido y vulgarizado después de los trabajos de Hessler, Jansen, Körner, Poulsen, Artur af Forselles y las numerosas historias que á diario ven la luz en las publicaciones otológicas. Pero, aun siendo esto cierto, registrando la literatura de actualidad, tropiézase con observaciones curiosas que vienen á completar el cuadro del padecimiento.

¿Qué es lo que sucede ordinariamente? En el curso de una otitis supurada, generalmente crónica, pero alguna vez aguda, aparece un dolor localizado y los fenómenos de una complicación mastóidea á lo que se unen cierto meningismo que nada prejuzga respecto á la clase de lesión intracraneal que se fragua y fenómenos del fondo del ojo que no es del caso detallar y que tampoco son reveladores de una determinada lesión.

Con una rapidez variable aparece la fiebre característica de la infección puohémica con sus estadios irregulares de escalofrío, calor y sudor con elevaciones máximas hasta por encima de 41° y descensos rápidos hasta por debajo de la normal.

La trombosis del seno lateral al extenderse en el trayecto de la yugular, provoca la tumefacción y endolorimiento de la región, y si se extiende á la vena mastóidea, originase un foco supurado por detrás del borde posterior de la apófisis.

Muchos otros fenómenos pueden añadirse á este cuadro que raramente aparece con tal simplicidad, pues que de ordinario la lesión es complicada, y á los fenómenos de trombosis séptica del seno la-

teral únense los del absceso subdural ó perisinusal, los de la meningitis, los del absceso cerebral ó cerebeloso, y, finalmente, los que por la emigración de embolias sépticas pueden originarse en los pulmones, hígado, riñones, articulaciones, etc., formándose un cuadro sintomático que siembra de dudas la oportunidad operatoria.

Si hemos hecho este pequeño bosquejo de lo que ordinariamente representa la complicación endocraneal de que tratamos, es con el fin de poner más en relieve las particularidades que singularizan el caso de Rokitzki, de San Petersburgo, y que le hacen digno del conocimiento de los lectores de esta REVISTA.

Un individuo de treinta y siete años es atacado de dolores del oído izquierdo que al cabo de un mes aumentan localizándose particularmente detrás de la oreja, sin que la paracentesis timpánica, practicada por médico aurista, diera pus ni disminuyera la molestia.

A esto sucede una tumefacción dolorosa post-auricular, extendiéndose violento dolor á toda la mitad craneal correspondiente, pero *muy particularmente preséntase dolor intolerable en la parte interna de la arcada superciliar;* algún vértigo, no hay vómitos, pulso 84'86, perfecto conocimiento, pero apatía intelectual.

En el territorio correspondiente á la vena emisaria mastóidea, es decir, un tanto por detrás de la apófisis, existe tumefacción dolorosa con los caracteres que constituyen los signos de Griesinger (pastosidad), de Zaufal (dilatación de las venas periféricas de la región) y de Bennett (dolor fijamente limitado). La percusión de la mitad izquierda craneal exacerba el dolor y principalmente en la región frontal. El examen otoscópico es imposible por la tumefacción de las paredes del conducto auditivo externo, pero puede afirmarse la falta de pus. *El examen del cuello nada anormal revela que pueda indicar una participación de la vena yugular.* La pupila izquierda algo más dilatada que la derecha. *La temperatura no ha excedido de* 37°,7 *sin que ni una vez se haya acusado escalofrío.* Al examen oftalmoscópico, los límites de la papila aparecen como borrados.

Interviénese operatoriamente, practicando una incisión vertical á través de la infiltración á lo largo del borde posterior mastóideo, llegando hasta el hueso, encontrándose por detrás de la incisura mastóidea en el punto correspondiente al codo del seno lateral, que el hueso está blando, cediendo á la gubia, dando salida á pus blanco, espeso é inodoro, y encontrando en el punto correspondiente al seno sigmóideo, una cavidad supurante. *La trepanación mastóidea nada revela en sus células.* Las consecuencias de la operación no pu-

dieron ser más simples; los dolores, intolerables de la región frontal cedieron desde el momento mismo, la temperatura no excedió de 37°,8 y á los pocos días era total la curación. El examen bacteriológico del pus descubrió el estafilococo piógeno blanco.

El Dr. Rokitzki concluye por los datos expuestos, que indudablemente se trataba de un caso de absceso perisinusal y de un reblandecimiento supurado y circunscrito de un trombus del seno sigmoideo.

Una vez estudiado sucintamente el caso historiado, préstase á consideraciones no desprovistas de interés.

La falta de pus en el oído medio y células mastóideas, hace recordar la estadística de Körner, quien en 39 casos de trombosis del seno lateral, tan sólo en 2 faltaba pus en el antro mastóideo, casos para los que no se encuentra otra explicación que la de suponer una emigración de agentes patógenos á través del oído medio, en el que tan sólo provocarían un estado catarral, mientras que por intermedio de las *venas emisarias*, irían directamente sobre el seno para desarrollar en él todo su poder piógeno.

La ausencia de fenómenos febriles de naturaleza puohémica, en el caso historiado, tendría su explicación de la idea en Körner que pinta una organización del trombus en sus extremos, de tal modo, que lo séptico del centro no tendría fácil acceso á la circulación general.

Finalmente, ¿qué significación hay que conceder al dolor frontal que se menciona en la historia clínica? La hipótesis expuesta por Kadjan parece muy admisible; la presión del absceso sobre la dura madre, provoca una irritación de las terminaciones del ramo recurrente de Arnold, que partiendo del ganglio de Gasser, se ramifica en la superficie de la dura, y de donde, por irradiación, se transmitiría á la primera rama del trigémino.

II. Cuando Dupuytren primero y más tarde Robert, por el año 1840, llamaron la atención sobre la deformación esquelética torácica, producto de una respiración insuficiente, coincidiendo con la hipertrofia amigdaliana, dieron prueba evidente de imparcial observación clínica; cuando por el año 1873 llamó Meyer la atención sobre la significación de las vegetaciones adenoideas post-nasales, se abrió ancho horizonte para la explicación de gran cortejo de fenómenos orgánicos, y comenzó el verdadero estudio de lo que representa la respiración nasal y los trastornos que su defecto puede ocasionar. Lo mismo las deformaciones torácicas mencionadas, que la predisposi-

ción bronquítica, que las enfermedades auriculares, que el pavor nocturno, que la enuresis nocturna, que los cambios hemáticos y tantos otros fenómenos, encontraron su razón de ser en la obstrucción nasal. Pero lo que desde el primer momento vino á llamar más la atención, fué la llamada *facies adenoidea*, que todos los médicos tendrán grabada en su imaginación, y para la que toda descripción huelga.

Penetrando en la estructura de esta facies adenoidea, encuéntrase bien pronto su explicación, en las deformaciones que la insuficiencia de la respiración nasal introduce en los huesos de la cara, siendo pneumáticos los más importantes y resintiéndose, por lo tanto, en su crecimiento por todas aquellas condiciones que disminuyen su contenido gaseoso.

El año 1891 emprendió Körner (de Rostock) una serie de investigaciones, para probar que las deformaciones del maxilar superior y armazón nasal, eran debidas efectivamente, á la dificultad de la respiración nasal, conclusión confirmada más tarde, por trabajos de Waldow, que, como los de Körner, fijaban su atención particularmente sobre la forma ogival del paladar óseo y la estrechez de su diámetro transversal en los adenoideos.

Estas opiniones encontraron oposición en estudios salidos de la Clínica de Siebermann y publicados por Haag y E. Fränkel, según los que, tales deformidades nada tendrían que ver con la obstrucción nasal, y tan sólo representaban un detalle de conformación general cefálica, transmitido por herencia.

En tal estado la cuestión, aparece un reciente trabajo de Alkan, en el que todas las teorías son examinadas, y minuciosas observaciones personales son anotadas.

Pregúntase el autor: ¿está la configuración del paladar duro relacionada con la craneal?

¿Son las anomalías de posición dentaria dependientes de la configuración anómala del maxilar superior y bóveda palatina?

Sus investigaciones y rigurosas mediciones practicadas en niños recién nacidos, en infantes y adultos, lo mismo en caso de deformación palatina que en el de normalidad, le permiten establecer las siguientes conclusiones:

1.ª El paladar duro del recién nacido, caracterízase por la cortedad de su diámetro antero-posterior. Con los progresos de la edad, la altura de la bóveda, así como el diámetro transversal, aumentan lentamente, mientras que el largo aumenta con relativa rapidez.

2.ª En individuos con vegetaciones adenoides, encontramos un paladar alto, estrecho y largo.

3.ª La configuración del paladar duro no guarda relación con la forma craneal.

4.ª Las anomalías de la posición dentaria se ofrecen más á menudo con maxilares y paladar deformes, y deben ser consideradas como dependientes de tal defecto de desarrollo (*Archiv für Laryngologie und Rhinologie*, tomo X, cuaderno 3.º).

III. En el diagnóstico de la sinusitis frontal, además de conceder un valor no escaso á los signos subjetivos, nos dirigimos más especialmente á la constatación de la existencia de pus en el canal medio, con las demás circunstancias que, objetivamente, pueden probarnos que la supuración procede efectivamente del seno frontal y no del seno maxilar y células etmoidales anteriores que, como sabemos, tienen su desagüe en el mismo canal medio.

El sondaje del seno frontal, admitido hoy por todos los rinólogos con ó sin resección previa de la extremidad anterior del cornete medio para facilitar la maniobra, es la práctica más adecuada para determinar la existencia de pus en el seno frontal. Conocida la dirección del conducto fronto-nasal y su punto de desagüe en la extremidad superior del hiatus semilunar, no es difícil en la mayoría de casos, y previa cocainización, el introducir una sonda metálica de corvadura apropiada que alcanza hasta la cavidad frontal y por la que una inyección detersiva nos puede confirmar el presunto diagnóstico. Pero ¿cuándo podemos estar seguros que la sonda ha penetrado efectivamente en el seno frontal? Esta pregunta parece ociosa á primera vista, pues que, conocida la disposición anatómica de la región, siguiendo el rumbo preestablecido por el hiatus semilunar y el conducto fronto-nasal, habremos llegado al límite, cuando la vuelta de la sonda haya desaparecido en el trayecto y sintamos su extremo en libertad. Mas esto es puramente teórico; siendo esencialmente variable la conformación de la región, como ya hemos expresado en una de nuestras anteriores *Revistas* al transcribir los estudios embriológicos y morfológicos de Hartmann; por lo que no parece difícil extraviarse en una falsa vía y hasta penetrar en el interior craneal, como, si nuestra memoria no es infiel, ha sucedido no ha mucho tiempo al especialista suizo Dr. Mermod, con una terminación fatal, por la explosión de una afección meningo-encefálica.

En vista de lo expuesto, no parece supérfluo encontrar un medio

que determine con precisión el punto donde se encuentra el extremo de la sonda.

Es verdad que el Dr. Spiess, de Francfort, se ha servido de los rayos X para determinar este punto, y el resultado no nos parece dudoso; pero no es un medio aplicable á la práctica diaria por su complicación, y por esta razón vamos á dar á conocer á los lectores de la REVISTA el sencillo medio propuesto por el Dr. Struycken (de Breda), según publicación del *Archiv für Laryngologie und Rhinologie, XI, Band Heft,* 1:

Por una sonda frontal ordinaria, hace pasar Struycken, un alambre de acero que termina en una cabecita, en su extremo encorvado, fácilmente flexible. Magnetiza el extremo acerado de la sonda y la introduce en el seno frontal, siendo fácil cerciorarnos de su presencia colocando al exterior una aguja imantada, la cual experimentará las desviaciones correspondientes á la posición que se adopte. Mirando el paciente al Oeste y estando el polo Norte de la sonda en el frontal, veremos adoptar á la aguja una posición perpendicular á la primera, indicándonos el polo Sur de la aguja el punto donde se encuentra el extremo de la sonda. Por este medio, dice el autor, puede determinarse hasta el espesor de las paredes por la apreciación del grado de la desviación.

Aunque no consideramos desprovisto de exageración, muy disculpable en las innovaciones, el medio propuesto, no es de despreciar la vía que nos muestra, que de ser precisa, tendría la ventaja de ser de aplicación sencillísima.

IV. Todo especialista, bien por un cariño exagerado por su especialidad, bien por deficiencia en su instrucción médica general, muestra tendencia á ensanchar la zona de influencia del aparato que estudia, buscando relaciones que con frecuencia son simplemente ridículas. Esto, que es una verdad en tesis general, tiene gran aplicación á la rinología, la que ha buscado conexiones y dependencias con aparatos y sistemas tan lejanos, que ya va siendo largo el número de dolencias que podrían tener su origen en una lesión de las fosas nasales. Tales conceptos, ¿pueden ser aplicables al parentesco fisio-patológico, estudiado por ciertos autores, entre las fosas nasales y el contenido orbitario? *A priori,* puede afirmarse, dadas las relaciones anatómicas, que mucho de lo que pueda asegurarse no tendrá exageración alguna. ¿Aparece el estudio clínico que nos sirve de epígrafe, con todas las condiciones de la rigurosa observación? La historia, debida al Dr. Broeckaert, de Gante, nos lo dirá.

Este asunto de las complicaciones orbitarias en el curso de las afecciones nasales, ha servido de tema á notables publicaciones de Ziem, de Berger, de Lapersone. Conocido es de todos los oftalmólogos la dependencia de muchas afecciones lagrimales con lesiones bien hipertróficas, y por tanto estenosantes de la pituitaria que dificultarían el desagüe lagrimal por el conducto nasal, ó bien atróficas ó de septicidades diferentes que por vía ascendente llegan á infectar el saco lagrimal; todos los oculistas conocen la exorbitis y el flemón profundo orbitario, como complicación de los empiemas maxilar, fronto-etmoidal y esfenoidal, y nosotros mismos hemos tratado en colaboración con el Dr. Calderón, dos casos evidentes: todos conocemos la neuritis óptica con éxtasis papilar provocada por la sinusitis esfenoidal, y las relaciones anatómicas son lo bastante claras para dudar de tal hecho clínico; la panoftalmitis, de la que tengo observado un caso como complicación de una etmoiditis necrosante, es también un hecho divulgado y explicable por la emigración de gérmenes patógenos procedentes de las fosas nasales; pero en verdad, las relaciones que se han señalado para la atrofia de la papila, la iridocoroiditis con opacidades vítreas, las parálisis oculo-motoras, el estrechamiento del campo visual, la dilatación pupilar, el blefarospasmo, el ptosis, etc., necesitarían mayor número de observaciones precisas, pues no se encuentra una fácil interpretación patogénica. La observación comunicada por el Dr. Broeckaert, es como sigue:

Una mujer de sesenta y dos años, es afectada de rápida disminución visual del lado izquierdo, descubriéndose al examen oftalmoscópico numerosas opacidades del cuerpo vítreo; una vaga cefalalgia, sin precisa localización, es el único fenómeno que podía hacer sospechar algo patológico. No se encuentra enfermedad orgánica alguna, no hay sífilis, ni diabetes, ni albúmina.

Notando que la nariz izquierda está un tanto obstruída, dirígese la observación de este lado, viendo el canal medio relleno de vegetaciones mixomatosas y granulomas que bañan en pus cremoso, pudiendo diagnosticarse una sinusitis fronto-etmoidal. Practícase el lavado frontal notándose una pronunciada mejoría de la visión con disminución de las opacidades vítreas, lo que consiente poder examinar oftalmoscópicamente el estado de las membranas profundas, percibiéndose un desprendimiento retiniano inferior con pérdida de la mitad superior del campo visual.

El Dr. Broeckaert practica la operación propuesta por Luc para la cura radical de la sinusitis fronto-etmoidal encontrando el seno

lleno de fungosidades y pus cremoso y practicando el vaciamiento de las células etmoidales anteriores, con establecimiento final de desagüe intranasal, consiguiendo la curación de la afección nasal y la desaparición de las opacidades vítreas, por más que el desprendimiento retiniano permanece estacionario, aunque la visión es la normal en la parte de campo utilizable.

Oculistas y rinólogos pueden, á capricho, conjeturar sobre la historia expuesta, pero siempre, aun admitiendo la exactitud de la observación clínica, se verían todos muy dificultados para dar una explicación del fenómeno. ¿Podemos suponer, con el autor, que se trata de una coroiditis localizada, infecciosa, productora de las opacidades vítreas y del desprendimiento retiniano? Podrá ser cierto, pero siempre queda en pié la relación patológica entre la sinusitis fronto-etmoidal y la coroiditis. Considero que existe un campo para la investigación: la determinación de las conexiones vasculares y nerviosas entre las fosas nasales y la órbita y el modo de emigración bacteriana.

V. El profesor Fasano (de Nápoles), presentó al V Congreso de la Sociedad Italiana de Laringología, etc., una comunicación sobre los últimos remedios para la cura de la tuberculosis laríngea, en donde hace resaltar los resultados obtenidos con el tiocol (sulfo-carbonato de guayacol). Habiendo notado las favorables modificaciones producidas en la laringe merced al uso interno del medicamento, pensó en su aplicación directa, merced á la insuflación, sirviéndose de la siguiente mezcla:

Tiocol	0'20
Cocaína	0,40
Acido bórico	2,00

En los casos de tuberculosis laríngea primitiva, el resultado favorable era de notar, así en los casos de infiltración, como en los de ulceración, siendo el éxito más completo si se asociaba al método de Héring ó sea el raspado de las superficies enfermas.

En la tuberculosis secundaria, el tiocol, administrado interna y localmente, suministra mejores resultados que cualquier otro medio empleado.

VI. El profesor Grazzi (de Pisa), ha adoptado la peronina de Merck que es el clorhidrato de benzolmorfina, en solución al 1 por 100, para la anestesia local antes de las aplicaciones galvano-cáusticas. La anestesia se obtiene más tarde que con la cocaína, pero es de mayor duración.

La peronina es muy ventajosa para disminuir los sufrimientos en la tuberculosis laríngea, y, sobre todo, en la disfagia dolorosa que tanto dificulta la nutrición y que por sí sola es una causa de desquiciamiento orgánico.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 14 *de Enero de* 1901.

Enfermedad de Adisson tratada por las inyecciones de jugo suprarrenal.—El Dr. Valle y Aldabalde: Aunque he presentado ya otro caso hace dos años, creo justificado volver sobre el asunto por la rareza de esta afección.

En el caso actual se trata de un sujeto de treinta años de edad, que ha sido practicante de farmacia hasta 1891, y desde esta fecha tenedor de libros. El padre está bien de salud; la madre murió á los cincuenta y ocho años, después de haber estado enferma muchos años con postración, sin que pueda el interesado precisar más este dato. Tiene tres hermanos y una hermana; todos están buenos, casados y con hijos sanos.

Ha tenido calenturas á la edad de seis ó siete años, y además de esto ha pasado el sarampión y la viruela. En el año 1892, á consecuencia del mucho trabajo que entonces tuvo como tenedor de libros y de excesos cometidos por la misma época, echó esputos de sangre. Esta situación duró unos ocho ó diez días, al cabo de los cuales desaparecieron los esputos con la administración de la ergotina y del tanino, pero el tratamiento de la afección duró en conjunto unos cuatro meses, no habiéndole quedado de resultas de ella ni tos ni fatiga.

En marzo de 1898, y á los dos ó tres meses de haber tenido graves disgustos y contrariedades, comenzó á sentirse débil y como desfallecido y al mismo tiempo notó que se le presentaba una manchita obscura en la punta de la nariz. En marzo de 1899 se presentaron dolores en la parte superior de la espalda y en la cabeza. En mayo del mismo año se vió obligado á hacer cama por la gran debilidad que sentía, apareciendo por la misma época manchas en la parte superior de las regiones masetéricas, cuyas manchas se fueron extendiendo progresivamente hacia abajo. En septiembre nueva recaída, precedida de graves disgustos de familia; en esta recaída aparecieron las manchas en la frente. En octubre se le inyectó jugo suprarrenal en cantidad de 3 centímetros cúbicos de cada vez y en días alternos. Con estas inyecciones, que fueron en número de 11, no alcanzó ningún resultado. En enero de 1900 sobrevino, sin causa apreciable, una nueva recaída, pero menos intensa que las anteriores.

En julio del mismo año se sometió á mi tratamiento que consistió en el empleo del jugo suprarrenal en cantidad de 3 á 5 centímetros cúbicos de cada vez y en días alternos unas veces, dejando dos días de intervalo otras y repitiéndolas en cambio dos días seguidos alguna, aunque rara vez. Con este tratamiento bajó algo la coloración obscura, pero sobre todo fué desapareciendo el estado de debilidad hasta el punto que hubo un momento en que el interesado declaraba hallarse casi como antes de su enfermedad. Se fué á su país después de 16 inyecciones y mes y medio próximamente de tratamiento. En octubre ha tenido otra recaída, aunque pequeña, y en la actualidad se ha querido someter de nuevo al tratamiento porque, aunque se encuentra bastante bien, quiere recobrar por completo su estado normal.

Como la enfermedad bronceada es producida por una lesión, tuberculosa en la inmensa mayoría de los casos, de las cápsulas suprarrenales, era natural buscar antecedentes tuberculosos en el caso presente. En realidad, sólo son sospechosos en tal concepto los relativos al ataque de hemoptisis que padeció el sujeto. Verdad es que el reconocimiento que he hecho del aparato respiratorio no revela la existencia de ninguna lesión, y como, por otra parte, no hay tos ni esputos, no es posible buscar el bacilo. El empleo de la tuberculina sería útil en caso afirmativo, pero también peligroso, por tratarse de un órgano como la cápsula suprarrenal, que no tiene comunicación directa con el exterior. La movilización de los bacilos que produce á veces la tuberculina, y que ha sido una de las causas de sus fracasos, en la tuberculosis suprarrenal sería más peligrosa aún que en la pulmonar.

Como la cápsula tiene el doble carácter de glándula vascular sanguínea y de órgano muy rico en elementos nerviosos, es de creer que las inyecciones de jugo sólo puedan reparar su deficiencia en el primer concepto, y aun esto de un modo temporal. Las curaciones, escasas en número, que se han obtenido hasta ahora, y que justifican el empleo de este tratamiento, podrían explicarse suponiendo que las inyecciones suplen temporalmente y en parte la función del órgano, en tanto que otros órganos ó tejidos se van encargando paulatinamente de reemplazarle.

Debo, finalmente, hacer constar que cuando se insiste mucho en el uso del jugo suprarrenal, bien porque se inyecte excesiva cantidad ó porque se continúe durante demasiado número de días, sobreviene un estado de excitación y de molestia que indica la necesidad de proceder de un modo más paulatino y parsimonioso.

El Dr. *Mansilla* habla de un caso de la misma enfermedad en el que empleáronse todos los tratamientos entonces conocidos, sin poder obtener resultado alguno. Habiendo fallecido, se hizo la autopsia. «Yo había leído, dice el Dr. Mansilla, por entonces el libro en que Jaccoud detalla los resultados de muchas autopsias de enfermedad bronceada, en cuyo 50 por 100 había lesión tuberculosa de las cápsulas suprarrenales, y entonces, en el caso mío, encontré un absceso frío del tamaño de un huevo á cada lado de la cápsula.

»En aquella época no se admitía como causa etiológica el bacilo de Koch, y no le encontramos en el pus de aquel absceso, pero encontramos la célula gigante. En los pulmones nos encontramos con tuberculosis incipiente, más las infiltraciones generales de la enfermedad de Addison, y es casi seguro que en este enfermo no hubiera dado resultado el tratamiento opoterápico.

»La variedad de casos explica que en unos enfermos se obtengan resultados brillantes y en otros no. Por lo demás, apruebo la conducta del Dr. Valle en no emplear la tuberculina como medio reactivo; es muy viva la reacción, y si el enfermo tiene tuberculosis generalizada, el perjuicio será positivo, porque aumenta la circulación perituberculosa».

El Dr. Valle: Es cierta la lesión tuberculosa en la mayoría de los casos, pero en otros no se ha encontrado el bacilo tuberculoso, y en cambio había otras lesiones, v. gr., cancerosas: la cápsula suprarrenal es siempre la interesada, pero no en todos los casos está tuberculosa. Yo recuerdo de un individuo en cuyo cadáver encontré concreciones calcáreas en las cápsulas y no había lesión tuberculosa en los pulmones.

El tratamiento general tónico da algunos resultados, pero no mejoran los enfermos tanto como con la opoterapia; en cambio si con ésta no se consigue reanimar el corazón, deben emplearse los tónicos cardíacos. Es decir, que la opoterapia no debe ser un tratamiento exclusivo.

Del cinamato de sosa en la tuberculosis pulmonar. — El Dr. Valle y Aldabalde: Una vez sabido que la tuberculosis es una enfermedad específica, era natural buscar un tratamiento también específico, como el que tienen la sífilis, el paludismo y el mismo reuma articular agudo. Renace la concepción ontológica de la enfermedad en estos casos, pero aunque el organismo desempeña en ellos el papel de campo de batalla, el tratamiento que tiene por objeto destruir el bacilo ó anular sus efectos, tiene que respetar el terreno orgánico donde se libra la lucha. La tuberculina tendía á obrar como medio específico, pero fracasó como fracasaron también el cantaridato de sosa y otros pretendidos específicos. Hoy se propone como tal el cinamato sódico, análogo químicamente al benzoato, partiendo como base de estos ensayos de la beneficiosa influencia que el uso del bálsamo del Perú, que contiene ácido cinámico, ejerce en los procesos pulmonares en general y sobre todo del hecho de que el ácido cinámico inyectado en las venas de los animales tuberculosos, produce una inflamación reactiva alrededor de los focos tuberculosos que tiende á enquistarlos, dando origen á un proceso análogo al que se realiza en la curación natural de la tuberculosis pulmonar.

Será preciso, por lo tanto, que la tuberculosis pulmonar esté localizada y con mayor razón que esté exento de tuberculosis el resto del organismo. Es preciso, además, que el foco pulmonar pueda comunicar libremente con el exterior, porque con el cinamato ocurre algo parecido á lo que sucede con la tuberculina y tanto es así, que en observaciones hechas en casos de tuberculosis quirúrgica, cuyas lesiones estaban al descubierto, se ha visto que el cinamato sódico produce mayor supuración del foco inflamatorio.

Empleado el cinamato por mí en el Hospital y en la Clínica particular, he hallado, en contraposición de lo que otros dicen, que son útiles las inyecciones hipodérmicas. Las intravenosas no las he empleado por el peligro que entrañan y por ser difíciles de practicar. Las inyecciones intramusculares tampoco resulta en la práctica que tengan ventaja sobre las subcutáneas. La cantidad que se necesita oscila entre medio milígramo y 50 milígramos, dosis máxima. Yo con medio y un milígramo no he conseguido nada; de un centígramo á tres sí, y no he pasado del 2 por 100 en la concentración de la disolución, porque al llegar aquí suele producir molestias locales.

Se toleran localmente bien las inyecciones por regla general. Dicen algunos que influyen en la temperatura de los tuberculosos febriles, y yo debo manifestar que usándolas solas, no he visto efectos térmicos inmediatos. Parece, sí, que al cabo de mucho tiempo, la temperatura baja algo, pero no es cosa muy marcada. Sobre el apetito y el estado general de fuerzas, obra de un modo positivo. Produce fenómenos congestivos en el pulmón, y por esto en los sujetos predispuestos á las hemoptisis hay que interrumpir el tratamiento hasta que pasen dos ó tres días sin ninguna señal de tales fenómenos congestivos para volver á empezar en la dosis en que se había quedado. No tengo experiencia propia de autopsias, pero sé de autopsias en que se han encontrado mejoradas las lesiones, aun cuando el enfermo había sucumbido, casos paradógicos que llaman los autores, y que se explicarían suponiendo que las lesiones secundarias de todo el organismo estaban tan avanzadas, que no bastaba la curación de la lesión local para detener la terminación funesta. Sobre la tos y la expectoración, obra aumentándolas al principio y disminuyéndolas después.

El tratamiento clásico de la tuberculosis pulmonar es el higiénico en los Sanatorios, pero hay enfermos en los que no se puede pensar en semejante tratamiento, ó porque son pobres, ó porque no se resignan á separarse de su familia, y en casos como éstos se debe adoptar el tratamiento higiénico en la casa particular hasta llegar á tener abiertos los balcones de día y de noche, y unido á esto el cinamato, que debe seguir ensayándose en vista de que ha dado algún resultado en el terreno terapéutico. — EDUARDO TOLEDO.

PERIÓDICOS

Papiloma laríngeo. — El Dr. Faustino Barberá, publica en la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, el caso clínico referente á un labriego de treinta y cuatro años, enmagrecido, que tenía la voz apagada, y hacía algún esfuerzo para hablar. Manifestó que desde hacía mucho tiempo sufría repetidos catarros, efecto, á su entender, del relente y las mojaduras inevitables en las faenas del riego, efectuadas, muchas veces, á horas intempestivas; que hacía un año comenzó á verse molestado por ronquera y toses, de corta duración en los principios, aunque reaparecían cuando se exponía de nuevo á las corrientes de aire fresco ó cuando por otra causa llegaba á enfriarse, que dicha ronquera fué persistente; que no dejó abandonado su padecimiento y se sometió al régimen propuesto por varios médicos, que dichos recursos curativos fueron numerosos; unas veces la quietud en la cama con las bebidas calientes para sudar y los líquidos pectorales para suavizar la garganta, otras los vahos emolientes repetidos y las pulverizaciones de líquidos por medio de aparato de vapor, ya la brea y otros balsámicos en bebidas, píldoras y en inhalaciones, ya las emulsiones de aceite de hígado de bacalao que con no menos insistencia le fueron recomendadas; que todo lo usó sin ventaja positiva, no había padecido sífilis ni venéreo, no había sido catarroso ni reumático y sólo unas tercianas tuvo en otra época.

De la exploración pudo aprender que, en la cámara posterior de la boca

sólo un poco de faringitis lateral existía y que la base de la lengua, epiglotis, repliegues ariteno-epiglóticos, regiones aritenoideas, espacio interaritenoideo y los ventrículos estaban normales; las cuerdas vocales inferiores blancas en los extremos, pero con alteraciones en el resto; la derecha tenía en la unión del tercio anterior con el tercio medio un tumor sonrosado del volumen del cañamón grueso, pediculado y rugoso y de poca consistencia, como se hacía patente en el acto de la fonación, pues entonces resultaba deformado por las apreturas de la glotis, y hasta parece como que tendía á escaparse por entre las cuerdas con el aire espirado.

Las partes inmediatas de la propia cuerda derecha estaban rubicundas y las de la izquierda lo mismo, y hasta existía un poco de tumefacción en el punto de ésta homólogo al de asiento del neoplasma. Este no duele, no está acompañado de infarto ganglionar, y el único trastorno funcional que ocasiona es el de la fonación, producido por la interposición del tumor entre las cuerdas vocales durante el trabajo fonético, estorbo mecánico más bien.

El Dr. Barberá diagnosticó *papiloma solitario de la cuerda vocal derecha*, y el tratamiento que propuso el quirúrgico, la ablación del tumor por las vías naturales, de cuyo medio esperaba el restablecimiento completo.

Reconocido el pecho vió que no había tuberculosis coincidente con la neoplasia y entonces decidió operar el Dr. Barberá.

A los pocos días extraía la neoplasia por las vías naturales con técnica endolaríngea, que por sabida no ha de explicar, y raspaba ligeramente el punto de origen en la cuerda derecha y el homólogo de la izquierda, que estaba algo tumefacto por el roce con el papiloma, según puede muchas veces observarse. La histología del tumor, siempre sencilla y característica con el gran desarrollo de tejido conectivo por armazón, y la membrana propia y las estratificaciones epiteliales más los vasos nutricios, demostró que se trataba de papilas normales hipertrofiadas, en suma del papiloma.

El restablecimiento del operado fué rápido; la voz reapareció al extirpar el tumor y bastaron unos días de silencio y algunas pulverizaciones resolutivas para que ambas cuerdas adquirieran la blancura y limpieza convenientes y á que se normalizara el desempeño de su importante función, con lo cual pudo el paciente salir de alta para su casa, completamente curado y con gran regocijo por verse libre de su mal y por haber sabido á última hora el *quid pro quo* del diagnóstico de su dolencia.

Este hecho sencillo encierra útiles enseñanzas, dice el Dr. Barberá; y la primera y principal se desprende del error de diagnóstico que le preparó un triunfo cuando en realidad no hizo más que cumplir como cualquier otro compañero en la especialidad, resolviendo un problema de la práctica, problema vulgar si se quiere, dentro de la laringología.

«Y esto ¿por qué? añade el Dr. Barberá, por el olvido de cierta verdad que todos los médicos nos tenemos bien sabida; pero que á la cabecera del enfermo olvidamos con frecuencia: tal es, la necesidad de proceder escrupulosamente en lo que á diagnóstico se refiere y de tener en cuenta que la Medicina es completamente objetiva y objetivo el método de investigación que debe seguir constantemente y que para la clasificación de un padecimiento debemos apurar los medios de examen directo, fenomenal, y aun tratándose de la tuberculosis pulmonar mucho más; porque ya sabemos que á menudo

son insuficientes á diagnosticarla con precocidad todos los medios físicos de examen ayudados de la misma microscopia clínica, de la bacteriología y de los procedimientos de la serodiagnosis, aunque por contraste singular el ojo menos experto designa por la calle al tuberculoso avanzado.

Es verdad que algunas veces acierta el juicio médico, fundado en analogías del curso de la enfermedad y en la manera de desenvolverse los síntomas; el mismo Germán Sée, apoyándose en esto mismo, establece aquellos cánones ó preceptos, á las veces útiles, de «todo adolescente y todo adulto que adelgace mucho y con rapidez, con ó sin fiebre, y no siendo diabético, debe mirarse con sospechas de tuberculosis», etc., etc., pero estas apreciaciones clínicas, verdaderas y legítimas en cuanto pueden poner en camino el ojo médico, son siempre tardías y á menudo falaces y cuando el observador pretende concederles mayor alcance del que en realidad tienen y erigirles en guía habitual del diagnóstico, con frecuencia le conducen seguramente al error.

Verdaderamente este inopinado fracaso no será constante; y seguro estoy de que los profesores que asistieron al cliente de referencia, muchas veces habrían acertado en vaticinios semejantes establecidos á la vista de enfermos que se encanijaban, que tosían meses y meses, y que cuando se lograba en ellos algún alivio con la terapéutica, era transitorio, para volver luego á sus molestias y á su sensibilidad á la acción del frío, etc., etc., como le sucedía á nuestro labriego; y tampoco ignoro, que los éticos se diagnosticaron por la antigüedad antes de que la Medicina pensara en la auscultación ni de que estuviera reunido el gran arsenal de medios investigatorios de que hoy disponemos; pero estos éxitos del empirismo, estos diagnósticos de enfermero deben rechazarse hoy, primeramente por los chascos á que exponen y el descrédito que entrañan, y en segundo término y viniendo al caso presente, porque tratándose de la verdadera fimia laríngea, no solamente es útil, sino necesario el diagnóstico precoz, para intervenir quirúrgicamente en aquellos procesos tuberculosos todavía circunscritos, limitados á la mucosa ó á ésta y los tejidos submucosos, en que por tanto la infección es puramente local, pues ya sabemos cuánto alcanza entonces la cirugía en beneficio del enfermo, extirpando ó raspando el tejido morboso.

Por el contrario, cuando se diagnostica tarde, cuando el laringólogo ve al enfermo en período avanzado y puede apreciar ya profunda infiltración laríngea hecha extensiva al mismo armazón cartilaginoso, cuando la fiebrecilla, la tos y la inapetencia inducen á creer en la mayor generalización del mal, entonces la intervención quirúrgica debe rechazarse por inútil y hasta dañosa, y dicho se está del beneficio que se priva al enfermo enviándole tarde en busca de la terapéutica laringoiátrica. Estas consideraciones hacen exclamar á Luc, de París: «Tenemos la convicción de que muchos enfermos, condenados en otro tiempo á muerte cierta, podrán salvarse el día en que la mayoría de los médicos esté penetrada de la necesidad de destruir á tiempo esos focos de infección, cualquiera que sea su asiento (huesos, testículos, laringe ó fosas nasales) en vez de respetarles como todavía aconsejan muchos espíritus rutinarios. Principalmente las ulceraciones tuberculosas de la laringe deben combatirse quirúrgicamente desde su aparición».

Deduce de todo lo expuesto: 1.° La necesidad de aplicar diligentes, á la

cabecera del enfermo, todos los medios conocidos de investigación clínica para llegar á un diagnóstico cierto y evitar fracasos, que lastiman siempre el buen nombre del médico y perjudica muchas veces la salud del enfermo. 2.° Que en la diagnosis de las laringopatías es imprescindible el examen visual, porque á menudo suele engañar el *complexus* sindrómico aparente, haciendo suponer lo que no existe, y llevando el pensamiento médico á las obscuridades infecundas y hasta peligrosas de la conjetura, impropias del período de Medicina positiva que alcanzamos».

Quiste areolar del ovario que parecía un quiste hidatídico del hígado. — Error de diagnóstico.—En la *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, da cuenta el Dr. D. Eugenio Gutiérrez del caso clínico referente á una enferma de cuarenta y dos años, que fué mandada al Dispensario de Ginecología por los Profesores del de Cirugía general, con el diagnóstico de *quiste areolar del ovario*.

Respetando el juicio formado por sus compañeros, procedióse al examen del caso, para lo cual fué colocada la enferma en el sillón de reconocimientos con su voluminoso vientre al descubierto.

Presentaba éste una silueta tan especial y tan distinta de la habitual en los grandes tumores del ovario, que desde luego surgió la duda acerca del verdadero asiento del presente.

El desarrollo del vientre, enormemente distendido, era más notable en la región supra-umbilical y hacia el flanco é hipocondrio derecho (donde formaba una eminencia á modo de un lóbulo, levantando las costillas falsas de este lado) que en la región hipogástrica, no muy saliente dado el gran tamaño del tumor.

La palpación denotaba elasticidad en todo el abdomen, que parecía dividido transversalmente por un surco situado por encima del ombligo, y tal vez debido á la compresión de las ligaduras que sujetaban las ropas de la enferma. El sonido á la percusión era macizo en la superficie anterior del vientre, excepto en la región supra-pubiana, en ambas fosas ilíacas, en el hueco epigástrico y en el hipocondrio izquierdo, en cuyos puntos se apreciaba sonoridad intestinal. Esta no se percibía, en cambio, en la mitad derecha del colon transverso, donde la macicez se extendía hasta la línea mamilar del lado derecho, cuya zona estaba más alta que la del lado izquierdo.

La fluctuación era bien patente en el lóbulo inferior, y más obscura en el superior y derecho, donde había mayor tensión. La enferma indicaba que hacia esta parte había empezado á notar las mayores molestias y más rápido crecimiento, si bien su padecimiento databa de dos años por lo menos.

Al distinguir una cicatriz como de una punción en la mitad izquierda del hipogastrio y preguntar á la enferma el resultado de aquélla, contestó que, al practicar su médico la paracentesis había salido una pequeñísima cantidad de líquido sanguinolento, y esto á fuerza de presiones. La fisonomía no presentaba los rasgos asignados á la llamada *facies ovarica*, ni el curso del padecimiento había ofrecido más incidentes que las molestias de compresión diafragmática.

Con tales antecedentes, y los datos recogidos, el diagnóstico de *quiste areolar del ovario* perdía terreno.

En efecto, la forma ovoidea del vientre que suele acompañar á los quistes ováricos de gran tamaño,—colgando á veces hasta los muslos—y que faltaba en este caso; la sonoridad intestinal perceptible sobre el pubis, donde debía corresponder la macicez; la *corona timpánica* que acompaña generalmente á estos quistes y que se interrumpía al nivel de la región hepática, dando en su lugar sonido á macizo, y esto en cualquiera de las posiciones; la imposibilidad de alcanzar el segmento inferior del tumor por el tacto á través de la bóveda vaginal; la circunstancia de ser bastante movible el útero, ligeramente colocado en retroversión, y el dato suministrado por la enferma de haber apreciado primeramente la tumoración en el flanco é hipocondrio derechos, donde también había advertido las mayores molestias: todas estas razones inclinaron el juicio de cuantos presenciaron el reconocimiento, hacia la posibilidad de que el tumor fuese hepático y de naturaleza hidatídica.

En un segundo y detenido examen comprobó los mismos datos ya enunciados, y que de ordinario se tienen como negativos de la existencia de tumores ováricos, á saber: el desarrollo supra-umbilical del tumor, tratándose de quistes de gran tamaño; la sonoridad á la percusión en la parte media y anterior de la región hipogástrica, y la macicez en la mitad derecha del colon transverso, macicez que desde el tumor se extendía sin interrupción hasta la línea mamilar correspondiente; la movilidad de la matriz, aunque ésta pudiera depender de la longitud del pedículo.

Con estos elementos de juicio creyó firme el diagnóstico de *quiste hidatídico del hígado con varios lóbulos;* y consecuente con él, practicó el Dr. García la operación, incindiendo oblícuamente la pared abdominal sobre el lóbulo más prominente hasta llegar al quiste, cuya cubierta nacarada lo mismo podía ser de un tumor areolar que de uno hidatídico del hígado. Punzado este lóbulo, comenzó á salir un líquido espeso, verdoso-obscuro, con detritus membranosos que tenían alguna semejanza con los hidátides muertos; pero á medida que el operador fué reconociendo el interior del tumor y perforando lóbulos ó areolas, el aspecto de éstas y los caracteres del líquido no dejaron lugar á duda respecto á su naturaleza.

El quiste fué extraído después de prolongar la incisión hacia la fosa ilíaca — con lo que resultó una laparotomía lateral —, y una vez despegada su cara anterior de la pared abdominal, con la que había contraído firme y extensa adherencia, obligando á una verdadera decorticación en la parte superior de la región hipogástrica. Libre ya todo el tumor, se vió que su largo pedículo, formado á expensas del ligamento ancho izquierdo, estaba cruzado por el colon pelviano situado por delante, teniendo que despegar éste el Dr. García antes de seccionar dicho pedículo.

Se trataba, pues, de un *quiste areolar del ovario izquierdo*, cuyas condiciones especiales explicaban la aparición de los síntomas negativos que indugeron al error de diagnóstico; pues dada la extensa y firme adherencia del lóbulo inferior á la pared abdominal en la región hipogástrica, fué más fácil el desarrollo libre de los lóbulos superiores por encima del ombligo, hasta rechazar el del lado derecho, el hígado y la bóveda diafragmática, haciendo continua la macicez simuladora de un tumor hepático, á la vez que dicha adherencia tenía como suspendido el quiste sobre la pelvis mayor, desfigu-

rando la silueta ovoidea que ordinariamente adoptan los tumores ováricos cuando alcanzan grandes proporciones.

Además, la circunstancia de hallarse el colon pelviano cruzando por delante el pedículo, determinaba sonoridad en puntos que casi nunca la presentan cuando el tumor ha nacido en el aparato generador.

Este caso, dice el Dr. Gutiérrez, viene á constituir una excepción de la regla general en el síndrome establecido para el diagnóstico de tumores del ovario; y sólo la naturaleza coloidea del contenido que se extrajo por la punción—únicamente facilitado por la enferma á los Profesores del Dispensario general—tenía valor positivo para fijar el diagnóstico diferencial entre un quiste areolar del ovario y un quiste hidatídico del hígado, cuya confusión se ha verificado muchas veces, y por los maestros más eminentes, desde que se empezó á practicar la cirugía abdominal. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 9 *de Enero de* 1901.

De la leucocitosis en los cancerosos. — El Dr. Tuffier: No es dudoso que el examen de la sangre puede servir algunas veces para el diagnóstico de los cancerosos. Hace algunos años que el Dr. Hayem ha llamado la atención acerca de este asunto, pero es necesario saber que la leucocitosis puede ser considerable en otras enfermedades, en las infecciones, por ejemplo, y no aparecer hasta un período avanzado de la enfermedad; además está influída por la alimentación; por lo tanto, no debe dársele un valor absoluto. Descontando las afecciones del estómago, el examen de la sangre desde el punto de vista de la leucocitosis, puede ser de alguna utilidad; tanto es así, que ha permitido al Dr. Milian afirmar la existencia de una colección purulenta situada en la región lumbar que contenía un cálculo ureteral. En otros dos casos relativos á un hematoma de la ingle y á un quiste del páncreas, el examen de la sangre no me ha revelado la leucocitosis.

El Dr. Hartmann: Sé que diferentes autores se han ocupado de la leucocitosis, pero sus observaciones no tienen más que un valor relativo. Es necesario especificar la variedad de los glóbulos y sólo después de esto se puede decidir en pro ó en contra de la existencia del cáncer.

Laparotomía por perforación intestinal de origen tífico.—El Dr. Loison: En lo que se refiere al diagnóstico, creo que no es tan difícil como se piensa; desde luego es necesario eliminar el diagnóstico de fiebre tifoidea y de apendicitis en su principio, que nada tienen que ver con la cuestión. También deben eliminarse los casos de perforación en el curso de un tifus ambulatorio, lo pro-

pio que las perforaciones que se presentan en las formas adinámicas, puesto que nada las anuncia y ordinariamente el enfermo se halla en plena peritonitis, avanzada é inoperable, cuando se requiere el tratamiento quirúrgico. Creo que sólo debe establecerse el diagnóstico con la fiebre tifoidea de forma normal. En estas circunstancias son muchos síntomas los que hablan en favor de dicho diagnóstico; entre ellos cuéntanse los puntos dolorosos, la época de su aparición, las modificaciones de la temperatura, que se eleva ó desciende, y los caracteres del pulso, que cambia súbitamente, acelerándose para disminuir de frecuencia algún tiempo después del momento de la perforación.

Desde el punto de vista del pronóstico, he indicado que de 90 casos operados había habido 74 muertes y 16 curaciones. En cuanto á la época más favorable para la intervención, cuanto más precoz es, más probabilidades hay de curación, si bien se ha citado un caso en que se obtuvo ésta y la operación no se practicó hasta las veintiséis horas y aun más después de la perforación. Si ésta es única, el pronóstico es más favorable, aunque no siempre es desesperado por más que haya muchas perforaciones. De los precedentes datos concluyo que la peritonitis supurada consecutiva á una perforación intestinal, debe ser operada y puede ir seguida de curación.

El Dr. Hartmann: Esta cuestión ha sido objeto de diferentes memorias en América, en las cuales he encontrado dos estadísticas de 82 y 75 casos, en las cuales hubo 16 y 22 curaciones. Más recientemente Keen de Baltimore, ha referido 11 operaciones con 5 curaciones. Tenía, pues, mucha razón el Dr. Lejars cuando decía que siempre es necesario hacer la laparotomía y es evidente que se obtendrán muchas más curaciones cuanto más cerca se practique del momento en que se verificó la perforación.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 2 de Enero de 1901.

Embarazo ovárico primitivo.—El Dr. G. P. Anning, refirió el caso siguiente: Enferma de veintiocho años, casada hacía cinco meses, y sin hijos. La menstruación fué siempre normal. Se la operó el 27 de agosto de 1900, treinta y seis horas después de la rotura de un embarazo ectópico. Se extrajeron unos dos litros de sangre, varios coágulos y un huevecillo del tamaño de una nuez, envuelto en una cubierta compacta de coágulos laminados. Se descubrió en el ovario derecho, una rotura que conducía á una cavidad en la que había algo de sangre. Se trataba indudablemente de un embarazo ovárico. La trompa derecha se extirpó aunque no estaba rota. La izquierda era normal. Se extirpó también la porción quística del ovario izquierdo. La enferma curó. El examen histológico del huevo demostró, que se componía del saco y de una porción de pared ovárica.

El Dr. Bland-Sutton dijo, que el embarazo ovárico se conoce hace más de dos siglos, pero que el examen crítico de los casos referidos demuestra, que en algunos de ellos, el supuesto feto ovárico era en realidad un dermoide y en otros un litopedion del ligamento ancho. En otros no queda duda alguna de

que se trataba en realidad de un embrión en el ovario. Los casos modernos anteriores á 1899, se consideraron dudosos, tanto que un autor de tan buen criterio como el Dr. Farre, no niega que un espermatozoides pueda penetrar en un folículo ovárico, pero sí que se haya demostrado con exactitud la existencia de un embarazo tubario. El Dr. Bland-Sutton cree que el óvulo puede ser fertilizado en su folículo y que el caso del Dr. Anning, es en realidad de embarazo tubario. La única objeción que puede hacerse á esta idea, es que el Dr. Anning no ha demostrado que la «mola» no ha sido expulsada á través del orificio cœliotómico de la trompa (aborto tubario).

Ha estado recientemente en Amsterdam y ha visto el primer ejemplar de embarazo tubárico, descrito por el Dr. C. van Tussenbrock. El estado de las partes afectadas, es completamente análogo al de una mola tubaria, de modo que por conveniencia se la ha designado con el nombre de «mola ovárica»; los glóbulos rojos de los vasos de las vellosidades contienen núcleos; no hay rastro de caduca en el folículo ovárico, y lo notable es que en el útero se formó una caduca, que á los pocos días de la operación se eliminó con *dolores de parto*. La «mola» con sus vellosidades del corion, se ha considerado como patrimonio del embarazo tubario primitivo, pero á juzgar por el ejemplar referido, lo es también del embarazo ovárico primitivo, lo que abre un ancho campo á las investigaciones; quizá muchos de los llamados quistes sanguíneos del ovario, sean ejemplos de embarazos ováricos.

El Dr. Galabin admite la posibilidad del embarazo ovárico y abdominal primitivos. No ha observado caso alguno de embarazo ovárico, pero sí del abdominal.

El Dr. Alba Doran dijo, que en los casos de Sänger y de Leopold se trataba, no de embarazos ováricos, sino de un litopedion. En el de Herzfeld y en otros muchos, el hecho de encontrar la trompa intacta se consideró erróneamente como prueba de que el embarazo no era tubario. El caso de Patenko es, al parecer, el más exacto. En el caso de Croft, había presunciones fundadas, pero el embarazo estaba algo avanzado. Los casos más auténticos son los de los Dres. Tussenbrock y Anning. Todo hace suponer que en estos embarazos ováricos primitivos, la rotura y el aborto son más precoces que en los tubarios. Los embarazos ectópicos tardíos, pueden explicarse como desarrollo más ó menos evidente de un saco tubario.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 9 *de Enero de* 1901.

Progresos hechos en el estudio del paludismo en Italia.—El Dr. Max Koch: Con los recursos de la fundación de la condesa Bose, me ha enviado la Facultad de Berlín á estudiar en Italia los progresos que se han hecho en el conocimiento del paludismo. Estuve en la Península por el año 1898, cuando la teoría de los mosquitos todavía no se consideraba bien fundada. La historia previa de la etiología del paludismo se remonta á las formaciones redondas y pigmentadas que se encontraron en la sangre del corazón de un sujeto que

había muerto de paludismo y que fueron descritas y dibujadas en el segundo tomo de los *Archivos de Virchow*, que se publicó en 1848. Este hallazgo fué en realidad la causa del nuevo descubrimiento de los parásitos que hizo Laveran el 6 de noviembre de 1880. Laveran tuvo la feliz idea, mientras permaneció en Argelia, de partir dèl estudio de las formaciones pigmentadas en la sangre viva, donde las encontró y pudo examinar por mucho tiempo con el microscopio. Vió entonces que estos elementos emiten flageles, que se mueven con gran vivacidad arrastrando el microbio respectivo. Laveran supuso que se trataba de un alga, que llamó *oscillaria malariæ*. Observó, además, las otras dos formas, la amiboidea y la llamada semilunar, en el interior de los glóbulos sanguíneos. Las observaciones de Laveran se publicaron, por desgracia, en la época en que Klebs y Tommasi-Crudeli creían haber descubierto el bacterium de la malaria, por cuya razón creyeron por entonces los investigadores italianos que los micro-organismos de Laveran no eran otra cosa que procesos degenerativos del núcleo ó del plasma de los glóbulos. Cuando después de esto Gerhardt hubo demostrado que el paludismo era transmisible de hombre á hombre por medio de la sangre, y los italianos repitieron con éxito y perfeccionaron este método, llegó el momento de que también en Italia se reconociera, en 1881, la exactitud de los hechos referidos por Laveran. Se encontraron formas amiboideas en preparaciones recientes, y Machiafava y Celli sobre todo contribuyeron mucho al estudio biológico del nuevo parásito. El que se encuentra más á menudo, y que los italianos llaman «estivogenal», recibió la denominación apropiada de «plasmodium malariæ». Al estudiar las diversas variedades de paludismo, ó sea la terciana, la cuartana, etc., se vió que en cada una de ellas había parásitos en diferente fase de su crecimiento y desarrollo, surgiendo la duda de si se trataría siempre del mismo parásito. Laveran en la actualidad es unicista; en cambio, los italianos son en esto más papistas que el Papa, y admiten la existencia de cinco á seis variedades distintas por lo menos, que Koch con sus investigaciones, que se refieren á casi todos los confines de la tierra, ha reducido á tres formas.

En el parásito del tipo cuartanario se trata del plasmodium de la malaria en su sentido estricto: es un micro-organismo amiboideo que crece en el glóbulo, al mismo tiempo que este último se hace más pequeño y que por virtud de la destrucción de su materia colorante, se acumulan gruesos granos de pigmento en su interior. A las doce horas próximamente se deshace el parásito en cierto número de esporas, que toman la forma de margaritas. El pigmento se hacè tanto más grueso cuanto más dura el ciclo de su evolución. En el parásito de la cuartana se observan rara vez flageles, y el número de sus esporas es de 8 á 12.

En el tipo tercianario el parásito, por sus movimientos activos, ha recibido el nombre de «plasmodium vivax»; necesita cuarenta y ocho horas para su desarrollo, y no acumula ningún gránulo pigmentario. El glóbulo rojo se hace más voluminoso, se hincha y se pone más pálido. A las cuarenta y ocho horas se deshace el parásito en esporas, cuyo número es mayor que el de 8 á 12, y el pigmento se acumula en las partes centrales.

El parásito estivogenal que acompaña á la fiebre otoñal y estival, y que es idéntico al que se ha encontrado en la fiebre tropical, es el que se presenta

más especialmente con la forma semilunar y el que ha conservado la denominación de «laverania malariæ». El pigmento está colocado en el centro; el glóbulo sanguíneo estalla y el parásito sale bajo la forma de una esfera, y al cabo de unos diez minutos emite cierto número de flageles. Esta importante variedad ha contribuído muchísimo á dilucidar todo el ciclo malárico.

La designación de plasmodium en rigor sólo se refiere á una forma de crecimiento, no á una especie determinada; es mala, por lo tanto, pero los zoólogos, siguiendo sus costumbres en la nomenclatura, la conservarán *in sæcula sæculorum*.

Posteriormente se dedicaron los investigadores á estudiar la estructura de las tres formas mencionadas, para conocer mejor el sitio que les corresponde en la clasificación natural. Se vió entonces, gracias sobre todo al método de Romanowski, que son organismos unicelulares, fase precursora del núcleo, etc. Respecto al sitio que les corresponde, la hipótesis primitiva según la cual se trataría de seres amiboides, resultó después insostenible en vista de su modo de propagación. Por fin se convino, siguiendo á Metschinikoff, en considerarlos como afines á las coccídeas, ó sea á los parásitos de las células epiteliales que se encuentran en el conducto intestinal de los artrópodos y también de algunos mamíferos (conejos). Investigaciones muy minuciosas, y sobre todo las realizadas modernamente por Schanduin, han ilustrado en gran manera el desarrollo de estos seres, los cuales están sometidos á una generación alternante típica, como la que se observa también en otros animales. Donde mejor se estudian estas particularidades es en el proteosoma del paludismo aviario, pero se observan también parásitos parecidos en los anfibios y reptiles, donde se han hallado las formas de halterio (halteridium). Mc Callum observó que los flageles se desprendían y penetraban en esta forma; sin embargo, en el hombre aún no se ha visto nada parecido. Además de en las aves, se han encontrado tales parásitos en los murciélagos y en los monos (Kossel).

Respecto al modo de propagación del parásito, era natural pensar en algún insecto chupador de sangre, puesto que debían excluirse las sanguijuelas, las pulgas y los chinches, tanto por la extensión geográfica del paludismo como porque los animales mencionados son cosmopolitas. Los más sospechosos tenían que ser los mosquitos por sus conexiones con el agua estancada, cuya relación con la malaria es harto conocida. Sir Patrick Mensen fué quien primero sostuvo la teoría de los mosquitos, partiendo de los hechos que observara en un sujeto que padecía filaria sanguinis hominis, en el cual encontró la larva de la filaria Bancrofti. Supuso, por consiguiente, que los parásitos de la malaria eran puestos en libertad por medio de los mosquitos, y llegaban después al agua. Después de esto, numerosos investigadores italianos han tratado de averiguar las particularidades del parásito «nell ambiente». Bignami estableció después su «teoría de la inoculación», que se relaciona con una tradición de la época de los antiguos romanos. Pudo excluir de sus apreciaciones el agua, el aire y el suelo, y supuso que lo que es peligroso son los mosquitos, sobre todo, cuando se duerme al aire libre. Sin embargo, los experimentos que practicó con los parásitos de las aves, le dieron un resultado negativo. En esto, Roberto Koch con toda su

autoridad, acabó por inclinar la balanza á favor de la teoría de los mosquitos. Tomó como punto de partida la transmisión de la fiebre de Texas por medio de una especie de garrapata (boophilus bovis). Demostró que éste se puede transmitir á los mismos huevos, de tal suerte, que las larvas que se crian en el laboratorio pueden transmitir la enfermedad. Además, relacionó Koch estos hechos con la transmisión del tripanosoma por medio de la mosca tsetse. Al mismo tiempo el médico militar Ronald Cross consiguió determinar el ciclo vital del proteosoma, y Grassi sentó la afirmación de que sólo se podía tratar de ciertas especies de mosquitos, puesto que habiendo recogido varios de éstos, vió que determinadas especies de los mismos eran las portadoras del parásito, no el «culex malariæ» como creyó equivocadamente en un principio, sino el «anopheles malariæ», según resultó de dos experimentos que llegó á practicar con feliz resultado. Por mi parte, he podido confirmar las investigaciones relativas á este asunto en el Hospital de San Spirito en Roma, con el auxilio de Machiafava, Celli, Dionisi y otros autores italianos, y creo que puedo resumir los resultados obtenidos hasta 1898 en los siguientes términos : Los parásitos del paludismo son parásitos obligados, no se presentan en libertad, y son de una generación alternante típica de tal manera que las formas asexuadas siguen su evolución en el hombre, y las sexuadas en especies de anopheles.

El Dr. Coenen: Voy á dar cuenta de las investigaciones que ha hecho últimamente Bignami, inoculando pacientes en el Hospital San Spirito. Un sujeto que padecía una afección del sistema nervioso fué colocado en una habitación del piso alto. En la misma se dejaron mosquitos desde el 26 de septiembre de 1898 hasta el 23 de octubre del mismo año. El 1.° de noviembre enfermó este sujeto de paludismo típico, que duró cuatro días y que resultó ser paludismo estivogenal. Para descubrir de qué especies se trataba se hicieron otros dos experimentos con una especie determinada de anopheles, resultando de tales experimentos y de otros que llevó después á cabo Grassi : 1.° Que las especies anopheles inocula el paludismo al hombre ; y 2.°, que la especie parasitaria cuyos caracteres ha descrito Max Koch, se encuentra constantemente en el estómago de los mosquitos.

Como resultado de todos estos estudios, se han colocado en las ventanas y puertas de las casas de algunas calles alambreras para impedir la entrada de los mosquitos, siguiendo en esto los consejos de Celli. Al mismo tiempo se han colocado guardias permanentes encargados de matar los mosquitos que acaso se llegasen á introducir á pesar de todas las precauciones. Ahora bien, mientras en las casas en que se adoptaron estas medidas se obtuvieron resultados muy favorables, en las casas en que no se procedió del mismo modo cayeron enfermos la mayor parte de sus habitantes, y entre ellos un guardia nocturno que había omitido la precaución de defender su rostro con una red de alambre. También se observó en Salerno, donde Grassi hizo sus ensayos, que de 104 habitantes que habían adoptado las debidas precauciones, sólo habían enfermado 8, y, en cambio, de los 349 que no las habían adoptado, enfermaron 341. Por mi parte, he examinado 241 mosquitos y encontré que estaban infectados un 6 por 100, cifra elevada si se tiene en cuenta que, en general, el número de mosquitos infectados no es más que un 1 por 100, por más que esta proporción varía según las estaciones del año. Así,

á mediados de junio hay muchas variedades de anopheles, pero entre ellas pocas infectadas, y en cambio, en diciembre sucede todo lo contrario. Si se recuerda que en Italia mueren anualmente 15.000 personas á consecuencia del paludismo, se comprenderá el grandísimo alcance que en el concepto profiláctico tienen las investigaciones modernas.—R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 14 *de Diciembre de* 1900.

Extirpación de la vesícula biliar inflamada y calculosa. — El Dr. Weinlechner: La operación que se practicó en la enferma que aquí presento, se llevó á cabo en la forma siguiente: Después de disecar la vesícula, coloqué una doble ligadura en el conducto cístico y corté éste entre ambas ligaduras. Cuando había disecado el cuello de la vesícula á partir de la ligadura inferior, se desgarró dicho cuello, y por la abertura formada de ese modo salió, á la vez que un moco biliar, un cálculo del tamaño de una avellana. Otro cálculo mayor quedó en la vejiga, y entonces se disecó rápidamente ésta y se la separó del hígado. En el punto en que la vesícula estaba alojada en el hígado, aparecía el tejido conjuntivo como infiltrado de pus. La porción disecada del hígado se la cauterizó con el termo, y se cubrió con una tira de gasa iodofórmica, que se fijó con dos puntos de catgut al hígado: la herida abdominal se cerró con una sutura en varios planos, pero dejando en su ángulo derecho un hueco para dar salida al extremo de la tira de gasa. Abierta la vesícula, se vió que contenía un cálculo piriforme de 24 gramos de peso, 5 y medio cm. de largo y 3 cm. de ancho. El extremo superior estaba estrangulado á manera de cuello y poseía varias facetas que correspondían al cálculo menor, que pesaba un gramo. El curso post-operatorio fué completamente infebril. Al cuarto día se quitó parte de la tira de gasa iodofórmica; al séptimo se quitó dicha tira por completo y se la reemplazó por un tubo pequeño de desagüe. Desde el día en que se quitó por completo la tira comenzaron á salir algunas gotas de una secreción de color de bilis y que presentaba las reacciones de este líquido. Esta secreción escasa, que cedió por completo desde el quinto día, sólo podía provenir de la porción del hígado que había sido herida, pero no del conducto cístico. En la actualidad, la herida está del todo cerrada.

Raquitismo de los adolescentes. — El Dr. Weiss: El joven de catorce años que aquí presento cayó enfermo en Navidad de 1899, con fiebre y angina lagunar, y tres días después con violentos dolores articulares. El 3 de enero de 1900 aparecieron en casi todo el cuerpo, y sobre todo en las extremidades inferiores, manchas extensas de color rojo pardusco; en cambio, no se veía ninguna mancha ni en la cara ni en el cuello. Con un tratamiento antirreumático adecuado desaparecieron primeramente las manifestaciones cutáneas y al cabo de algunas semanas se consiguió una completa curación. Pasado algún tiempo, comenzó á quejarse el niño de dolores vivos en los miembros al andar y subir escaleras y también al estar de pié. Llamaba la

atención que los dolores no parecían proceder directamente de las articulaciones, puesto que éstas no se resentían nada cuando se las comprimía directamente, y en cambio, existía una gran sensibilidad á la presión por encima y por debajo de las mismas. Supuse entonces que los dolores partían de los músculos ó de las inserciones de los mismos y de sus tendones, y partiendo de tal supuesto, prescribí una preparación salicílica, pero sin ningún resultado. Si el joven se quedaba un día en cama, cesaban los dolores, pero reaparecían éstos tan pronto como el enfermo se volvía á levantar y á andar por todas partes. Por último, llegué á comprender sin ningún género de duda que los dolores radicaban en los mismos huesos, en los puntos en que confinan las epífisis con las diáfisis, y por lo tanto, en sitios que todavía se hallan en estado cartilaginoso en la edad juvenil. Creí que el proceso debía hallarse en relación con el crecimiento de los huesos, y prescribí baños de agua salada. El estado del enfermo se modificó un poco, pero los dolores no desaparecieron ni mucho menos. Durante una temporada tuvo el muchacho ocasión de bañarse con regularidad en un establecimiento termal de aguas clorurado-alcalinas, pero aunque su estado mejoró algo con este tratamiento, la afección siguió su curso, y en otoño de 1900 se agravé tanto el paciente, que no era capaz por aquella época de recorrer una distancia de 450 pasos. En vista de esto, prescribí el fósforo del modo usual y corriente, y al poco tiempo cambió por completo la situación de tal manera, que en la actualidad el joven no siente el menor dolor espontáneamente.

A mi juicio, en el caso actual se trataba de dos procesos morbosos: primero de un reuma articular y después probablemente de un raquitismo de la adolescencia. El efecto rápido que en este enfermo produjo el fósforo, recuerda lo que sucede en el raquitismo de los niños.

El aceite en la colelitiasis.—El Dr. Singer: Una mujer que padecía de colelitiasis, ictericia muy graduada, con aspecto caquéctico, fiebre é infarto hepático, y que presentaba un tumor piriforme en la región de la vesícula biliar, tomó por espacio de tres meses grandes dosis de aceite. Al muy poco tiempo cesaron los cólicos y fueron expulsados varios cálculos biliares con las deposiciones. Este tratamiento produjo el mismo resultado en una recidiva que sobrevino después. Vinieron á salir con las deposiciones, en totalidad, 52 cálculos biliares, y hoy puede considerarse la mujer como completamente curada.

El empleo del aceite al interior no fué menos eficaz en otros dos casos de colelitiasis.

Tratamiento de las fracturas óseas. — El Dr. Herz: En nombre de Baldo Rossi voy á dar cuenta de sus investigaciones experimentales acerca del tratamiento de las fracturas óseas. Rossi ha tratado de averiguar cuál de los dos procedimientos, el masaje ó la inmovilización, es preferible para apresurar la formación del callo después de las fracturas. Se comenzó con el masaje inmediatamente después de practicada la fractura, en medio de la anestesia general, y se repitió todos los días durante un cuarto de hora hasta la curación. Consistía el masaje en fricciones ligeras, que se practicaban en dirección centrípeta más arriba del punto fracturado, después por debajo, y por último, sobre el mismo punto. Ahora bien, ha demostrado la observación clínica que el masaje ejerce, en la formación del callo, una in-

fluencia mayor que la inmovilización. Ya al fin del tercer día, pero con mayor claridad aún en el cuarto, se encontró un callo provisional que presentaba cierta resistencia á la palpación y que correspondía al callo que se observa con la inmovilización al quinto día; su consistencia y solidez iban aumentando de un modo tan rápido, que al octavo día ya se apreciaba una consistencia ósea y existía una estabilidad tan firme, que se podía prescindir por completo de todo aparato de contención. El callo que se conseguía con el vendaje de inmovilización era, en igualdad de circunstancias, todavía blando en el día octavo, y hasta los días décimotercero ó décimocuarto lo más pronto no alcanzaba la solidez que se observaba en el octavo día con el masaje. Con este último procedimiento se recobraba por completo la aptitud funcional el día décimooctavo; con la inmovilización no se conseguía el mismo objeto hasta el día trigésimo. En los animales abandonados á las fuerzas de la naturaleza, los síntomas eran los mismos que en los que se había empleado el masaje, pero el proceso evolucionaba con más lentitud, la consolidación se verificaba más tarde y eran mayores tanto el callo provisional como la deformación de los huesos consolidados.

En todos los casos se practicó el examen microscópico. Ahora bien, mientras en los animales tratados por medio del masaje ya se apreciaba al tercer día una nueva formación muy abundante de elementos cartilaginosos jóvenes, no se descubrían las mismas formaciones histológicas en los animales tratados por medio de la inmovilización sino hasta el quinto día, época en la cual, en los animales tratados con el masaje, la masa de cartílago ya había aumentado hasta hacerse apreciable á simple vista, y más aún, ya se encontraba en vías de transformación. En el día octavo ya presentaban los animales tratados por medio del masaje una abundante formación de tejido óseo, cuando en los otros aún no se descubría ningún vestigio del mismo. A los doce días, en los animales tratados con el masaje el callo estaba casi completamente osificado y ya se había iniciado el período de la reducción; en cambio, en los otros no se observaba nada de esto hasta el vigésimo. Cuando se verifica la curación de un modo puramente natural, los fenómenos de reintegración se efectúan con algo más de lentitud que en los animales en que se empleó el masaje.

La próstata pequeña y los trastornos urinarios que acompañan á esta anomalía. — El Dr. Englisch: La pequeñez de la próstata puede ser congénita ó adquirida. En el primer caso (hipoplasia), la próstata presenta una forma y constitución normales; en el segundo (atrofia propiamente dicha), se observan en ella ciertas alteraciones. La primera forma se encuentra casi siempre en individuos de organismo débil. En los casos de próstata pequeña las fibras superiores del esfínter se deslizan hacia adelante sobre las inferiores en el acto de la contracción, produciéndose una formación valvular en el cuello de la vejiga. Esta válvula puede ser mucosa, musculosa ó glandular. La primera da origen, cuando proviene de una pequeñez congénita de la próstata, á molestias muy precoces en las funciones del aparato urinario, tales como tenesmo vesical, dificultad en la emisión de orina, dilatación vesical, hipertrofia de la vejiga y retención ó incontinencia de orina. En la forma glandular, la interposición de substancia glandular en el pliegue valvular, es causa de que este pliege aparezca laciniado y de superficie des-

igual. Una consecuencia menos frecuente de la pequeñez de la próstata es la enuresis : cuando ésta se presenta, se inicia en la juventud y se continúa más allá de la época de la pubertad. Cuando hay retención de orina, la vejiga suele distenderse hacia atrás. Las molestias que se observan en los casos de próstata pequeña, son parecidas á las que ocasiona la hipertrofia prostática, pero es muy de notar que la primer anomalía no es menos peligrosa que la segunda y hasta puede decirse que lo es más, pues el peligro se hace sentir en una edad mucho más temprana.

El tratamiento puede ser paliativo ó radical. Cuando se emplea el primero hay que proceder con mucha cautela en lo que se refiere á la retención de orina, puesto que una evacuación rápida de la vejiga, con facilidad acarrea graves consecuencias. En los casos más leves, basta con la introducción de sondas cónicas y metálicas hasta llegar al núm. 26 de Charrière. Es preciso que el mismo enfermo continúe por mucho tiempo el tratamiento. Hay que evitar la evacuación forzada porque provoca fenómenos muy violentos. El método más seguro es la división cruenta, acompañada ó no de la ablación de los bordes del corte.

La atrofia de la próstata, es el empequeñecimiento de la glándula ocasionado por la lesion patológica de alguna de sus partes ó de todas ellas. La atrofia puede ser senil, caquéctica, funcional, inflamatoria ó por compresión. La atrofia senil puede recaer en una glándula congénitamente pequeña, de tamaño normal ó hipertrofiada, y es debido á que el proceso de reabsorción excede en intensidad al de acarreo de material orgánico. La forma caquéctica puede ser crónica y en este caso, va acompañada de trastornos nutritivos también crónicos ; la variedad aguda sobreviene después de enfermedades que han producido un rápido decaimiento del organismo. La atrofia funcional se presenta en aquellos casos en que, estando completamente desarrollada la glándula, se interrumpe la función del testículo. La atrofia inflamatoria sobreviene lo mismo con procesos agudos que con crónicos, pero donde es más frecuente es en los casos de supuraciones, tuberculosis, tumores, acumulación de la secreción glandular, retención de orina, formación de concreciones y presencia de cuerpos extraños en la glándula. La atrofia por compresión se observa cuando se aplican con fuerza á la glándula quistes, pólipos ú otras formaciones análogas.

Los síntomas porque se manifiesta la lesión son los siguientes : El deseo de orinar es más imperioso y este síntoma se acentúa tanto más cuanto más pequeña es la próstata. A consecuencia de las alteraciones del plano muscular de la vejiga, se presenta muy pronto retención de orina con rebosamiento. Los trastornos urinarios que se observan en los casos de pequeñez congénita de la próstata, sólo difieren de los que se presentan en los casos de atrofia en que aparecen en una época más temprana, pero en todo lo demás son completamente iguales. Para no incurrir en un error de diagnóstico, se practicará la exploración por el recto. El pronóstico es tanto más favorable, cuanto más pronto se establezca el diagnóstico, con más facilidad se pueda hacer desaparecer la causa, y menores sean los trastornos de los órganos situados por encima de la próstata.

La terapéutica consiste en combatir la causa, y por lo tanto, en tratar los procesos flojísticos que existan y separar los cuerpos extraños y los tumo-

res que compriman la vejiga. Si no es posible hacer desaparecer las causas, hay que apelar á un tratamiento paliativo, atendiendo principalmente á la retención de orina y á las inflamaciones agudas de la vejiga, de la pelvis renal y del riñón mismo. — R. DEL VALLE.

SOCIEDAD PEDIÁTRICA DE MOSCOU

Sesión del día 7 de Noviembre de 1900.

Parálisis histérica de las extremidades inferiores curadas con una sola faradización. — El Dr. A. J. Tubinof refiere que una niña de once años ingresó en el departamento interno del Hospital de Santa Olga como imposibilitada de las piernas. Siempre había estado sana, sin tener enfermedades infectivas. En las familias paterna y materna no hubo enfermos nerviosos; los padres están sanos; la madre tuvo cinco hijos, todos sanos; ninguno padece de los nervios; el padre es bebedor. En diciembre de 1899, la niña enfermó de repente con intensa calentura; durante cuatro días estuvo inconsciente, teniendo dos veces convulsiones; la enfermedad se prolongó un mes, durante el cual la niña enflaqueció mucho. Después de pasar esta afección inexplicable, se notó que la niña no regía sus piernas sin que se manifestara otro síntoma, prescindiendo de la debilidad general. No habiendo mejoría en el estado de la niña, ingresa en el Hospital. Acostada, puede levantar un poco las piernas; pero en la tentativa de tenerse de pié, las piernas se doblan y penden laxas. En la posición vertical, la niña no puede hacer ningún movimiento con los piés, pero para la defecación, se tiene sobre el orinal sin apoyo. El desarrollo intelectual corresponde á la edad; es apática y taciturna. Los ensayos de hacerla andar por sugestión no dan resultado; la paciente afirma que no puede mover los piés. Entonces se le dice que la curarán con una maquinilla; será doloroso, pero en cambio volverá á andar. Al día siguiente, las piernas fueron sometidas durante cinco minutos á la acción de una corriente intermitente bastante fuerte, y luego se le dice que ya está curada. En efecto, sostenida puede andar, y á los dos días anda libremente; después domina sus piernas como una persona sana y puede correr con rapidez. No parece contenta de su curación; continúa malhumorada y taciturna, se aparta de las otras niñas, contesta de mala gana y con lentitud. Tubinof cree su caso interesante por haberse desarrollado el histerismo á consecuencia de una grave enfermedad aguda, lo cual no es frecuente en la infancia.

El profesor Filatof dice que el caso referido puede servir de confirmación del hecho de que en los niños, en oposición á los adultos, el histerismo se manifiesta bastantes veces por un sólo síntoma, lo cual es muy importante para el diagnóstico, pero aún no muy sabido.

Meningocele lumbar en una infante de diecisiete días. Operación de Dellinger-Zenenko. Curación. — El Dr. Krasnobayef explica que el 19 de septiembre ingresó en el departamento quirúrgico del Hospital de San Vladimiro una niña de dos semanas, con un tumor congénito en la región lumbar, situado

en la línea media de la columna espinal, de 5 á 6 cm de largo, 3 de ancho y 2 de alto, de figura oval, fluctuante y elástico. Por los lados estaba cubierto de bien desarrollada piel, pero en la cara posterior la piel era muy adelgazada, cicatricial y luciente. No había depresión umbilical. Debajo del tumor se percibía al tacto una raja estrecha, de bordes algo elevados. Otra anomalía no se descubrió; el peso era de 2850 g. El 24 de septiembre, teniendo la niña diecisiete días, se hizo, con anestesia clorofórmica, la operación osteoplástica, según Dollinger-Zenenko. El tumor extirpado constaba de un saco unilocular, comunicando con la cavidad raquidiana por una pequeña abertura, tapizada de una membrana resistente, lisa, desprendiéndose fácilmente de los restantes tejidos; en la cavidad del saco había solamente un poco de líquido seroso; nada de elementos nerviosos. La fisura raquídea se hallaba en la línea media, en el sitio de las ausentes apófisis espinosas de las cuatro vértebras lumbares superiores; el ancho de la fisura era de medio centímetro. La operación duró veinte minutos. Una parte de la herida se curó por primera intención, la otra por segunda. No hubo pérdida de líquido cerebro-espinal. Actualmente el sitio de la fisura está cerrado por un tejido duro y denso. La niña tiene buen semblante; su peso es de 3850 g. La investigación microscópica de las paredes del saco dió el cuadro típico de meningocele; toda la cara posterior estaba cubierta de una delgada capa epidérmica, bajo la cual había una capa de tupido tejido conjuntivo; bajo éste había una capa de tejido conjuntivo fofo, atravesado de gran número de vasos sanguíneos, de nervios degenerados, y en un punto había una mecha de tejido muscular estriado; adhería á esta capa otra de tejido conjuntivo denso no vascularizado con fibras paralelas, que revestía uniformemente toda la cara interna del saco y que había de considerarse como meninge dura.

Tratamiento del asma bronquial nervioso de los niños con ioduro sódico.—El Dr. Kisel, en una breve ojeada histórica, hace constar que ya en 1847 Trousseau encontró que el ioduro sódico no solamente atenúa los ataques de asma bronquial, sino que hasta puede curarlos del todo. Luego otros emplearon este medicamento con variable resultado. Más recientemente fué probado en gran escala por Moncorvo, quien quedó muy contento, obteniendo en los niños la curación completa. Kisel observó en marzo de 1895 un caso muy grave de asma bronquial en una niña de nueve años, en la cual la afección persistía ya cuatro años, á pesar de un tratamiento continuo con los diversos calmantes. Poco después de ingresar en el Hospital de Santa Olga, la niña mejoró, y bajo el uso del ioduro sódico, la tos desapareció por completo, y á los treinta y ocho días recibió el alta perfectamente sana.

En los cinco años transcurridos desde entonces hubo varios ataques, pero muy breves y débiles, quedando la familia y la enferma misma tan convencidas de la utilidad del yoduro, que recurren al mismo así que asoma un ataque. La niña está bien nutrida y ha ingresado en un coro teatral en el que tiene que cantar mucho. En diciembre del mismo año de 1895, ingresó otra niña de diez años con frecuentes ataques de disnea, tos y expectoración, permaneció en el hospital sólo doce días disminuyendo mucho la tos, cesando la expectoración y aumentando el peso en 2 kig. Continuó el uso del yoduro hasta mayo y luego se sentía perfectamente sana; en los cuatro

años siguientes hubo á veces leves amagos de asma que en nada recordaban la primitiva afección grave. En septiembre de 1900 la paciente presentaba el aspecto de una joven perfectamente desarrollada y bien nutrida. En febrero del presente año de 1900 ingresó, como tercera observación de esta clase, una niña de seis años, que tenía ataques de asma desde el segundo año de su vida, al principio más leves y más raros que ahora, y en verano menos fuertes que en invierno. Los ataques suelen presentarse al anochecer, la niña empieza á toser y expectorar abundante mucosidad; se acuesta quejándose de cefalalgia, fuerte calor, debilidad y dificultal de respirar; la piel y las manos se hacen cianóticos dilatándose fuertemente las venas de la cara. La temperatura sube marcadamente, pero nunca hay escalofríos. La noche del ataque no puede dormir ni quedarse acostada por la disnea. Alguna vez hubo sangre en los esputos. Los fenómenos graves suelen durar veinticuatro horas; después queda solamente tos con abundante expectoración. La noche antes de ingresar en el hospital la enferma tuvo un ataque intenso después de pasar algún tiempo al aire frío. Durante los once días que pasó en el hospital, la tos y demás fenómenos disminuyeron considerablemente, mejorando el estado general y aumentando el peso. La paciente continúa todavía el uso del yoduro sódico, aunque de una manera muy irregular. Kisel termina su comunicación recomendando probar en casos adecuados el tratamiento prolongado con grandes dosis de yoduro sódico.

El Dr. Alexeyef dice que no deja de haber casos en que el tratamiento con los yoduros no da resultado y sí el climatológico. Un alumno del Instituto, sanó completamente pasando tres años en Yalta; hace ya más de un año que regresó á Moscou sin que hubiera nuevo ataque de asma. Las medidas higiénicas generales y especialmente la residencia en un clima caliente, son factores importantísimos en el tratamiento de dicha afección.

(*Vrach*).—G. Sentiñón

PERIÓDICOS

Seroterapia de la diabetes. — En dos casos de diabetes han empleado los Dres. Chatin y Guinard las inyecciones rectales del suero obtenido de la vena pancreática del perro. La alimentación fué moderada desde unos cuantos días antes de principiarse el tratamiento. No se empleó medicamento alguno. El azúcar de la orina disminuyó bastante en ambos enfermos. Se elevó la dosis á 10 cc., pero el efecto fué idéntico á la de 5 cc. Los doctores Chatin y Guinard creen que dicho suero no ejerce influencia alguna sobre la diabetes y que la secreción interna debe efectuarse en los linfáticos más que en las venas.—(*Lyon Médical*).—F. Toledo.

Tratamiento de la cistitis purulenta. — Los Dres. Scarcello y Sapuppo han obtenido resultados excelentes en la cistitis purulenta con las inyecciones de una disolución de sulfofenato de zinc al 2 por 100. Si la irritabilidad vesical es grande, solo pueden usarse cantidades pequeñas de esta disolución,

pero con frecuencia cuatro á seis veces por día. En los casos más benígnos se inyecta en la vejiga dos veces al día medio á un litro de la disolución indicada. La mejoría tarda poco en obtenerse. Al segundo ó tercer día el dolor es menor y el cateterismo más fácil. Lo primero que desaparecen son los glóbulos purulentos y después los fosfatos. La orina sigue conteniendo epitelio vesical aun después de curada la cistitis. Han tratado con éxito por este medio, 21 enfermos de veintiocho á ochenta y cinco años de edad. Jamás han observado recidiva.—(*Riforma Médica*).—F. Toledo.

El hueso cocido como material para cubrir defectos del cráneo. — El Dr. V. E. Mertens ha estudiado experimentalmente los distintos materiales óseos que se han propuesto para cubrir defectos de la caja craneana, y de dichos estudios resulta que el hueso cocido es el que merece la preferencia. Se corta del cráneo de un cadáver humano, el trozo de hueso, cuya forma y dimensiones se hallen en relación con el defecto que se quiere cubrir y se ingerta de tal manera que se consiga un contacto muy íntimo con el diploe, dejando uno ó dos huecos para que pueda salir la sangre que acaso se acumule por debajo del trozo ingertado.

Las investigaciones microscópicas que ha hecho también el autor, confirman asimismo la bondad del procedimiento que aconseja.

(*Dtsch. Zeits. f. Chir*).—R. del Valle.

Significación de la fiebre en patología pelviana. — El Dr. Jacobs dice que el trazado térmico suministra datos importantes para el diagnóstico de las supuraciones pelvianas. La temperatura se eleva siempre á 39 y 40° c. en el flemón periuterino, y en cambio es poco elevada y hasta normal en los abscesos enquistados de las trompas y de los ovarios. La elevación térmica es un signo seguro de la virulencia de los gérmenes microbianos, pero la falta de fiebre no da seguridad absoluta de la esterilidad del absceso. El trazado térmico debe asociarse á los otros medios de investigación para que los datos que suministra sean exactos.

(*Le Progrès médical belge*). — F. Toledo.

Tratamiento de la eclampsia puerperal.—En esta enfermedad, dice el doctor R. P. Ranken Lyle, es preciso llenar tres indicaciones:

1.ª Purificar la sangre;

2.ª Contener las convulsiones;

3.ª Vaciar el útero.

La primera se llena por los purgantes, enemas, diuréticos, baños de vapor, etc.

Para contener las convulsiones es preciso calmar la irritabilidad del eje cerebro-espinal; se han usado con este objeto la morfina, el cloral, el cloroformo y el eléboro verde. El cloroformo es de acción pasajera y produce depresión; el cloral y el eléboro son de acción más duradera, pero producen efectos deprimentes sobre el corazón. La morfina, empleada de buena manera, carece de este inconveniente y tiene las ventajas que siguen:

a) Contiéne las convulsiones calmando la irritabilidad del eje cerebro-espinal;

b) Impide que se acumule en la sangre el exceso de los productos de oxidación;

c) No debilita á la enferma;

d) No perjudica al feto;

e) No ejerce efecto alguno sobre los riñones;

f) Cuando la enferma se halla bajo su influencia, suele principiar el parto que termina en poco tiempo y sin convulsiones.

Cuando el parto llega al segundo período, debe extraerse la criatura con el forceps ó por alguna intervención mecánica (parto prematuro, dilatación mecánica del conducto cervical, versión, etc.). Estos medios son perjudiciales en el primer período del parto. El Dr. Lyle ha empleado este tratamiento en 8 casos de eclampsia. Sólo murió una mujer que tenía una enfermedad grave del hígado. — (*British Méd. Journal*). — F. Toledo.

Benignidad de las heridas de lanza.—Según el Dr. F. Schaefer, si se ha de juzgar por las estadísticas y por la casuística publicada, las heridas de lanza que se ocasionan en las guerras son, en su inmensa mayoría, de naturaleza benigna, y lo mismo sucede con las que se han inferido en tiempo de paz. En la literatura respectiva se encuentran casos de heridas muy graves, ocasionadas por lanza que siguieron su curso feliz y rápido. La benignidad de estas heridas hay que atribuirla á que la lanza, por el hecho de tener una punta relativamente roma y una forma que va engrosando muy poco á poco, es muy á propósito para apartar á los lados, á los nervios, vasos é intestinos con que tropiece al penetrar en el interior del cuerpo. De todo esto resulta que la lanza es un arma *tan humanitaria* que hasta convendrá, desde el punto de vista militar, si es que se cree necesario conservarla, modificar la forma de su punta de modo que se convirtiera en un arma más peligrosa.

(*Beiträge zur klinische Chirurgie*).—R. del Valle.

Tratamiento del eritema nudoso por el ichtiol. — El Dr. A. Brownlie refiere el caso de una enferma de eritema nudoso curada por el ichtiol. La erupción estaba localizada en la superficie extensora de ambas piernas y en el brazo izquierdo cerca del codo. El dolor era intenso y la temperatura elevada: 40°. Se ensayaron sin éxito los medios ordinarios y en vista de su ineficacia, el Dr. Brownlie empleó en uso tópico con un pincel la preparación siguiente:

Ichtiolato amónico		8 gramos.
Alcohol rectificado	aa.	12 —
Eter		

El alivio del dolor fué notable desde la primera aplicación del medicamento y á los dos días había desaparecido igual que la fiebre. Es necesario, al hacer esta preparación, mezclar primero el alcohol y el éter y después el ichtiolato, porque de lo contrario precipita éste formando un depósito insoluble.

(*British Méd. Journal*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

DISQUISICIONES SOBRE LA RINOPLASTIA

POR EL

DOCTOR D. JULIO LARRÚ

Médico-Farmacéutico, Titular de Santoña y Director de Sanidad marítima, por oposición, del puerto.

Conste que no voy á decir nada nuevo, porque creo con Keegan que el que pretendiere ser original en rinoplastia, peca de ligero; pero al dar á conocer á los lectores de la REVISTA el resultado que he obtenido en una rinoplastia parcial y extensa, creo prestarles un servicio, procurando exponer el estado actual de esta intervención y sus vicisitudes más notables.

Si hemos de creer á Albert, la rinoplastia es tan antigua como los Arias, puesto que los libros Vedas nos hablan de ella.

Tuvo su origen entre los indios, como después se empleó entre los sicilianos, durante el Renacimiento, para remediar las bárbaras mutilaciones con que se castigaba á las madres que entregaban sus hijas á la prostitución y otra porción de delitos, entre los que figuraban los políticos.

De tal modo se abusó de esa mutilación en Sicilia, que los mutilados constituyeron la clase de los *rinometis*.

Es curioso observar que las primeras prácticas rinoplásticas fueron quizá tan perfectas como las usadas en nuestros días; porque tanto los indios, como los italianos, utilizaron en un principio colgajos de las mejillas, y solo el deseo de innovación ó la tiránica Ley de la necesidad, pudieron obligar á buscar más ó menos lejos lo que cerca tenían.

Las únicas adquisiciones modernas son los colgajos dobles y el empleo de soporte metálico.

Se ignora cómo y quién ideó en las Indias el colgajo frontal; pues

ese método debió quedar tan olvidado, que un periódico de Madrás relataba, á principio del presente siglo, á título de curiosidad, la restauración de la nariz, por ese método, en un paria, á quien Tippo-Salib había mandado mutilar.

El origen del método italiano es más conocido. En Italia se principió, como en la India, por tomar colgajos de las mejillas; siendo el siciliano Branca el que se dedicó á esta especialidad. La continuó su hijo Antonio, el cual utilizó por vez primera el colgajo del brazo.

Siguieron este último método el alemán Pfohsprund, los hermanos *Prieto* y *Paolo*, Bojani, Fabricio de Aquapendente y el profesor de Bolonia Tagliacozzo, quien de tal modo se le apropió, que á su muerte sus paisanos le elevaron una estatua que tenía una nariz en la mano, y el método de Antonio Branca lleva el nombre de Tagliacozzo, con la misma injusticia que lleva América el de Américo Vespucio.

El método indiano llegó á principios del siglo pasado á Europa, merced á los trabajos de los médicos ingleses, siendo Graeffe el primero que resucitó el método italiano, olvidado desde el siglo XV, cuando terminaron las mutilaciones de los *rinometis*.

Con tal reserva se admitieron los primeros intentos de rinoplastia, que hombres de la talla quirúrgica de Wislow, Petit, Dionis, Heister y Moraùd tomaban á chacota la pretensión de *hacer narices*.

Desde Diefenbach toma carta de naturaleza la rinoplastia entre las intervenciones quirúrgicas, y se deslindan los tres grandes métodos, geográfica y erróneamente llamados indiano, italiano y francés, por no mencionar el alemán.

Digo erróneamente, porque el italiano y el francés se usaron, si hemos de creer á los historiadores, primitivamente en la India. El italiano empezó por el francés, y el francés no es francés, porque tuvo su origen entre los Arias y su restauración entre los sicilianos.

Mal ó bien denominados, tenemos esos tres grandes métodos disputándose de tal modo sus más ó menos justificados éxitos, que el que se ve en la precisión de acudir á uno de ellos para remediar tan horrible deformidad, vacila, y con razón, para elegir.

Dicho se está que en toda rinoplastia parcial interviene, como en ninguna operación, la inventiva del cirujano; pero esa libertad, si no se conoce á fondo el asunto, fácilmente se convierte en libertinaje.

Si en general estudiamos esos tres grandes métodos, observamos que el llamado del brazo, ó del antebrazo, según Weber, tiene la ventaja de respetar los tejidos de la cara, ahorrando, por lo tanto,

cicatrices visibles, pero en cambio, la posición molestísima del operado durante diez ó doce días, la difícil colocación del inamovible y su más difícil inmovilidad, la poca consistencia del colgalo, su fácil desecación y mortificación, su antiestética diversidad de color y, sobre todo, su casi segura infección, hacen de él el método menos aceptable.

Aun así, no sólo existen casos en que puede, sino en que debe utilizarse.

Así, por ejemplo, cuando la piel de las mejillas y frente están invadidas por el proceso ó por tejido cicatricial, en las restauraciones del lóbulo ó en los totales cutáneas.

En el primer caso, no sólo se puede y se debe, sino que se impone.

En el segundo se impone también.

En efecto, la pérdida del lóbulo no puede restaurarse con *tela* de la frente ni mejillas, porque tendríamos que sacrificar partes no alteradas, y en caso de fracaso la deformidad sería la reunión de la producida por la lesión y por la intervención.

Yo he intentado sobre el cadáver sustituir el lóbulo con el ala, lo que teóricamente tiene la ventaja de la resistencia y escasa retracción del tejido que constituye á ésta. Para ello existen dos medios: bien tallar un colgajo paralelográmico más ó menos curvilíneo, tomando la piel de la región malar y hasta de la temporal y adaptable por deslizamiento, ó bien á lo Nélaton, partiendo la incisión del dorso de la nariz, tomando tejido de la mejilla, movilizando el colgajo, extirpando una superficie angular del lomo de la nariz y verificando la torsión de este colgajo de modo que el ala se suture con la opuesta, y el tejido de la mejilla sustituya á ésta.

El primer procedimiento es el más factible, sobre todo si se obtiene un *fuerte retén* del labio, pero la sutura tiene que ser muy delicada para que no forme puente, y es muy posible que su poca anchura facilite su mortificación, á la que se opone, sin embargo, la gran vitalidad de los tejidos de la cara.

El segundo es menos practicable, porque al bascular el colgajo, queda el lóbulo muy alto.

En vista de esto, repito que el método italiano tiene su aplicación en la restauración parcial del lóbulo, como lo demostró Berger con un éxito relativo, publicado en la *Presse medicale* del 96.

Y digo relativo, porque después de una técnica minuciosa y emplear un resorte especial para sostener alas y lóbulo, evitando el cierre de las aberturas nasales, el resultado estético no correspon-

día á tanto sacrificio, y sobre todo, estoy seguro que la retracción habrá aminorado á estas fechas el éxito de Berger.

No obstante, Kuster también se declaró defensor del método italiano ante el Congreso alemán de Cirugía del 94, considerándole insustituíble en las restauraciones del lóbulo y como colgajo nutritivo.

Donde no tiene sustitución posible el método italiano, y por tanto su obligada indicación, es en las restauraciones cutáneas de la nariz.

Buen ejemplo de ello es el caso de Jonnesco, de Bucarest, que, siguiendo el procedimiento modificado de De-Graeffe, obtuvo un inmejorable resultado.

Se trataba de un acné hipertrófico en un joven de veinticinco años, que había resistido durante cinco á las escarificaciones, por lo que Jonnesco operó por decorticación, seguida de rinoplastia por el método italiano.

Empezó por inmovilizar la cabeza un día antes con aparato silicatado, descorticó á bisturí, con hemorragia tan intensa que le obligó á colocar 55 pinzas, talló en la región del brazo un colgajo en forma de V con base redondeada, de 9 centímetros de largo, suturó con 16 puntos, curó con gasa iodofórmica y fijó el brazo sobre la cabeza con aparato enyesado que cubría toda la cara, no dejando al descubierto sino el ojo derecho.

A los siete días levantó el apósito, cortó el pedículo y completó la sutura con 14 puntos.

Después de algunas operaciones complementarias, el éxito fué completo.

Este caso reviste importancia en lo que se refiere al tratamiento del acné hipertrófico, puesto que la decorticación simple empleada por Cebadier, Ollier, Le Dentu y Berger, es defectuosa y ocasiona deformaciones ostensibles y muy desagradables, pero no nos dice nada, ni nada puede esperarse de él en la rinoplastia total.

El método indiano más ó menos modificado, es sin disputa el obligado en rinoplastias totales.

Antes de haber llegado á la perfección relativa que alcanza en el método Martin, ya había proporcionado buenos resultados empleado casi en toda su pureza.

Entre ellos, ninguno como el operado de Sedillot, caso comunicado á la Sociedad de Cirugía en 1862, y asesorado por Erhman.

Se refiere á un ebanista, del que sus mismos compañeros dudaban hubiera sido objeto de tal operación.

Las modificaciones á que cree deber Sedillot este buen resultado, son haber tallado una lengüeta en el colgajo frontal para la formación del subtabique, haber reforzado ésta con otro colgajo tomado del labio, y no haber excindido el pedículo del colgajo frontal.

Según este eminente cirujano, la solidez de la nariz era perfecta, el enfermo podía sonarse sin la más ligera molestia, las cicatrices eran tan poco visibles que costaba trabajo descubrirlas, y el color, que en un principio era algo más pálido, llegó á identificarse de tal modo, que cambiaba isócronamente con el del resto de la cara, efecto de las emociones. Las sensaciones sólo se referían al sitio de implantación primitiva del colgajo.

Algunas imperfecciones cita, tales como la obstrucción de una abertura, á consecuencia de un impétigo, y pequeña cortedad del subtabique, pero esto no obsta para que sea el más brillante resultado obtenido por el método indiano, casi en toda su pureza.

El médico militar inglés Keegan ha perfeccionado este método (*The Lancet*, 1891). Residente en la India Central, y habiendo practicado más de 50 rinoplastias, es voto en la materia.

El perfeccionamiento de Keegan consiste en emplear colgajos dobles, el profundo de las partes nasales superiores respetadas y el superficial de la frente. Para ello traza dos incisiones laterales y oblícuas hacia abajo y afuera, que partiendo del ángulo interno del ojo, procurando respetar la angular, terminan al nivel del borde inferior del ala correspondiente. Une las extremidades superiores de éstas con otra horizontal, y del centro de ésta parte otra perpendicular que, siguiendo la sutura de los huesos propios entre sí, se detiene un poco antes de llegar á sus bordes; diseca de arriba abajo los colgajos formados por estas incisiones, y sirviendo de unión el borde inferior, vuelve estos colgajos de modo que la cara cruenta mire adelante. Toma un patrón de las dimensiones que ha de tener la nariz, y teniendo en cuenta la retracción, corta sobre él oblícuamente el colgajo frontal.

Como quiera que los colgajos nasales se imbrincan por su borde interno, talla dos lengüetas triangulares que le sirven de ingertos para disminuir la superficie cruenta de la frente, ya disminuída por aproximación de sus bordes.

Hemos dado á conocer, con algún detalle, el procedimiento de Keegan, á pesar de ser relativamente anticuado, porque tiene factible aplicación en el método de Martin.

Claro está que, para utilizar el procedimiento de Keegan se nece-

sita que la mutilación ó el proceso haya respetado las partes blandas que cubren los huesos propios, y esto en bastante extensión para que los colgajos nasales, una vez invertidos, puedan suturarse con el frontal, al nivel del lóbulo.

Volkman había empleado ya un procedimiento análogo y Thiersch debió ser el primero que utilizó para los colgajos dobles partes de las mejillas.

La variabilidad de las pérdidas parciales de la nariz, prescindiendo de las pequeñas perforaciones, fácilmente restaurables por traslación ó deslizamiento de colgajos de las partes próximas, pueden reducirse á pérdida del lobulo, del lóbulo y alas con subtabique, del ala y de esta parte del lóbulo.

En caso de pérdida de lóbulo y alas con subtabique, ya hemos dicho que el dilema consiste en emplear el método italiano ó, lo que es preferible, verificar una rinoplastia total á lo Keegan, siendo más preferible todavía utilizar el soporte metálico, porque dicho se está que, cualquiera que sea el procedimiento, el lóbulo tiene que deprimirse faltando el subtabique.

La pérdida del lóbulo está suficientemente tratada. La del ala indica el procedimiento de Tillaux, y la del ala y parte del lóbulo, cuando no es posible encontrar tela, por este procedimiento, pone á contribución la inventiva del operador para buscarla en las partes próximas.

No obstante esta libertad, puede y debe limitarse en mi concepto, porque, una de dos, si la pérdida se aproxima tanto al ángulo interno del ojo que no permite formación de pedículo, no existe otro medio que tomar el colgajo del brazo, lo que es muy inseguro, ó tomarle de la frente, según patrón obtenido de la pérdida de substancia, teniendo en cuenta la retracción.

Si existe porción cutánea suficiente para formación de pedículo, se impone, en concepto mío, el procedimiento que yo empleé en el caso que me ha inducido á publicar este trabajo.

Francisco Expósito, de cuarenta y dos años, sufrió en la noche del 16 de octubre próximo pasado un mordisco que extirpó, como puede observarse en el fotograbado adjunto, parte del lóbulo, mejilla, labio superior, toda el ala y parte interior de la pared lateral izquierda de la nariz.

No encontrándose la parte separada, y temiendo que el tejido inodular dificultase la restauración, procedí á los tres días á verificar la rinoplastia, previa aprobación del procedimiento que pensaba

utilizar, por mi querido amigo el eminente operador santanderino Dr. Cano Quintanilla.

Ayudado por mis buenos amigos, los distinguidos médicos militares Dres. Córdova Barsala y Andújar, principié refrescando á cucharilla toda la superficie cruenta. Tallé el colgajo partiendo la incisión á menos de 1 centímetro del ángulo interno del ojo, y siguiendo el borde orbitario en su porción interna, separándome luego hacia afuera y abajo, practiqué una incisión de unos 6 centímetros; perpendicular á la extremidad externa de ésta, tracé otra de 5 centímetros, y de su parte inferior, otra que abocaba á la parte media de la pérdida de substancia.

Disequé el colgajo, teniendo cuidado de darle todo el grosor posible, sobre todo en la parte que debía sustituir el ala, que afortunadamente correspondía á la parte más *mullida* de la fosa canina. Dislocado este colgajo, caía perfectamente, con muy pequeña torsión del pedículo, sobre la mutilación, por lo que pudo suturarse cuidadosamente sin ejercer tracción alguna, dejando tejido para *rebordear* la abertura nasal.

Levantado el apósito á los cinco días, ví con satisfacción que el colgajo perfectamente nutrido había cicatrizado por primera intención y que de la abertura nasal fluía moco y no pus.

Quitado los puntos, menos el del lóbulo, procedí á los dos días á otra operación, pues la parte del colgajo que se unía al labio, daba

al sujeto un aspecto *superabundantemente* ridículo. Disequé la parte inferior y la invertí hacia el ala, modelé ésta y coloqué en la extensa superficie cruenta ocho ingertos Reverdin, tan magistralmente cortados por mi querido amigo el Dr. Andújar, y con tal suerte colocados por mí, que los *ocho prendieron*, dando por resultado á los quince días de la operación el que se observa en el fotograbado.

Desde esa fecha, el colgajo sufrió alguna infiltración que disminuye no tan rápidamente como yo deseara, á pesar de prolongadas sesiones de amasamiento; pero aun así, con la seguridad de obtener uno de los éxitos más completos que pueda esperarse en rinoplastia parcial tan extensa.

Este resultado no tiene, como decía mi inolvidable maestro doctor Creus, *absolutamente nada de particular*, porque no faltando el subtabique y operando con limpieza, cualquier médico rural de mi insignificante talla quirúrgica, puede obtenerle.

Las dificultades casi insuperables de la rinoplastia, dependen de la falta de esqueleto osteo-cartilaginoso. En estos casos, todos los procedimientos han fracasado, hasta el punto de llevar el escepticismo al ánimo de los grandes maestros en cirugía, llegándose á admitir como artículo de fé las palabras que Lietevant pronunció ante el Congreso de París en 1878.

Han sido abandonados los intentos de Nélaton y Ollier, que pretendían sustituir ese esqueleto con colgajos periósticos, porque la cascarilla ósea que formaban era rápidamente absorbida. Han sido abandonadas también las tentativas de incluir ese colgajo perióstico entre dos cutáneos, y sólo queda como última esperanza de la rinoplastia total la restauración sobre soporte metálico.

Siendo la última palabra de la Cirugía en este asunto y también el último recurso quirúrgico, me creo en el deber de exponerle con toda la detención posible, según los trabajos de Claudio Martín y Vautrin publicados en la *Revue de Chirurgie* (tomo xx).

Lietevant, el mismo que en 1878 aseguraba que era ilusorio pretender restaurar narices por completo, fué el primero que obtuvo resultados prácticos en rinoplastia sobre soporte metálico, si bien antes lo habían intentado Dieffenbach, sobre lámina de oro; Galezowski, sobre plomo, y Leisnitz, sobre ámbar, obteniendo tantos fracasos como tentativas. Estos fracasos obligaron á idear la protesis no permanente á Koenig y Mikulicz, empleando un asa metálica en forma de estribo; innovación que tampoco debió resultar cuando ha caído en el olvido.

A Claudio Martín corresponde el mérito de haber perfeccionado estas tentativas, dándolas resultados prácticos y, haciendo de la rinoplastia total una operación reglada.

Empleó en un principio un trípode metálico con una lámina, que se fijaba en la espina nasal superior é inferior por sus extremidades, cruzada por otra que, superpuesta perpendicularmente á la anterior y á la altura del lóbulo, se fijaba en la base de las apófisis ascendentes de los maxilares.

Lietevant, Ollier y Poncet obtuvieron algunos éxitos siguiendo las indicaciones de Martín, pero éstos no debieron ser muy conocidos cuando Delorme en 1895 sostuvo que, si bien éstos podían existir, eran momentáneos, porque todo soporte metálico estaba condenado fatalmente á la eliminación con desastre final.

Mi querido y respetable amigo el Dr. Cano Quintanilla ha sufrido fracasos parecidos, que son instructivos, dada su competencia y habilidad operatoria y haber empleado colgajos dobles. Su último operado, hoy por hoy, no ha llegado ni con mucho al desastre final de Delorme, y sólo sí al esfacelo del lóbulo, quedando en esa parte al descubierto el aparato y obligando á pintarle.

Compulsando los fracasos Claudio Martín, y convencido de la excelencia de su método, en vista de los resultados durables que se observan al cabo de trece años en el operado de Poncet, asegura que esos fracasos dependen:

1.° De quedar al descubierto el aparato, por perforación del colgajo, en el dorso de la nariz, reascensión de su borde inferior, ausencia ó destrucción del subtabique;

2.° Por la dislocación del aparato;

3.° Por la supuración ó dolores persistentes.

El aparato queda al descubierto, ya por insuficiencia del colgajo, ó ya por ausencia ó destrucción del subtabique.

La insuficiencia del colgajo frontal tiene por causa, principalmente, el natural deseo de causar el menor destrozo posible en la superficie frontal. Es preferible, por tanto, tallar ese colgajo demasiado grande, porque casi siempre espontáneamente, y si no con sencillas intervenciones secundarias, tiene fácil arreglo, al paso que si es pequeño, fácilmente se comprende que la falta es irreparable.

Buen ejemplo es el operado de Lietevant, quien á raíz de la operación presentaba una nariz elefantiásica y á los veinte años tenía el tamaño normal.

Duro es, en mi concepto, esperar veinte años para normalizar el

tamaño de la nariz, por lo que es muy conveniente ajustarse al justo medio ó abreviar el trabajo de la Naturaleza.

Con este objeto es muy útil el procedimiento de Duchamp. Este operador talla el colgajo frontal bastante largo y espera á que haya experimentado el máximum de retracción para colocar el soporte metálico. Lo difícil, según mi opinión, es tener la seguridad de que esa retracción ha terminado, puesto que no sólo la primitiva puede continuar, sino la obligada por operaciones secundarias.

Los perjuicios que origina la retracción se aprecian preferentemente cuando se efectúan rinoplastias para corregir los estragos de heridas por armas de fuego, como es frecuente en las tentativas de suicidio.

Sabido es que estas heridas llevan consigo cicatrices retráctiles y disminución en la vitalidad de los tejidos próximos á los lesionados por la explosión. Pues bien; si en los primeros días nos apresuramos á restaurar con una autoplastia esos destrozos, podemos obtener un éxito momentáneo, comprometido bien pronto por la retractilidad consiguiente.

Claudio Martín llama la atención sobre el pernicioso efecto de toda compresión, por ligera que sea, sobre el colgajo, porque es suficiente la más pequeña presión del apósito para producir el esfacelo del dorso.

Los fracasos originados por las deficiencias del nuevo subtabique son las más frecuentes y las más difíciles de remediar. Ese subtabique es, en efecto, un vínculo de retención que se opone á la constante retracción del colgajo frontal, y, por tanto, á la ascensión del lóbulo.

Así lo comprendió también el profesor Ollier, y para obtener la mayor resistencia del subtabique y menor retracción del colgajo frontal, invirtió los colgajos laterales de las mejillas; es decir, en vez de colocarlos en el interior, colocó el colgajo frontal simplemente caído, con la cara cruenta hacia adelante, y sobre él adosó los colgajos de las mejillas; pero este procedimiento tiene el gravísimo inconveniente estético de dejar la sutura en el dorso de la nariz y la escasa vitalidad del subtabique.

Yo de mí sé decir que de tal modo me identifico con la importancia de esa porción rinoplástica, que en un caso de este género no dudaría en tomar del labio la mayor cantidad de tejido que me fuera posible.

El último procedimiento ideado por Claudio Martín sobre el cadá-

ver le permite, según su aserto, obtener en un solo tiempo un subtabique sólido y un lóbulo y alas suficientemente desarrollados y resistentes. Para conseguirlo, toma un colgajo perinasal y otro frontal. El colgajo perinasal se obtiene mediante dos incisiones oblícuas hacia abajo y afuera, que á partir de las extremidades de otra horizontal pequeña, que se efectúan un poco por debajo de la raíz de la nariz, terminan por fuera y al nivel del borde inferior de las alas.

Disecado este colgajo, se dobla de tal manera, que su extremidad superior venga á suturarse en el punto de inserción labial del subtabique, de modo que queda doblado sobre su cara cutánea.

Se talla entonces el colgajo frontal todo lo grueso y ámplio que sea posible, con lengüeta media, y se verifica la torsión del pedículo dejándole caer de tal modo que su superficie cruenta venga á cubrir la pérdida de substancia de la nariz, y la superficie exterior del primer colgajo, al mismo tiempo que la lengüeta, refuerza éste, de tal modo, que su parte media venga á unirse en el mismo punto de inserción labial del subtabique.

De este modo, el subtabique, lóbulo y alas, están formados por dos planos de piel, debiendo ser suturados estos, no sólo por su cara inferior, sino de manera que sus dos superficies cruentas se toquen íntimamente, lo que constituye dos líneas de sutura.

Posiblemente esta descripción habrá resultado un tanto confusa por la carencia de láminas, y como se trata de la última palabra en este asunto, vamos á permitirnos insistir en su explicación.

Figurémonos que la pérdida de substancia representa un triángulo con sus dos catetos en la dirección del surco naso-geniano, pues por fuera y paralelamente á esos catetos y á distancia de poco más de un centímetro, se hacen las incisiones con el vértice del ángulo truncado. Por tanto, el ángulo constituído por la pérdida de substancia, será un ángulo inscripto en el trazado de las incisiones. Disecado el espacio de piel que queda entre ellos, se dobla de modo que el ángulo truncado venga á suturarse en la inserción lateral del subtabique, de suerte que su cara cruenta sea inferior.

Es de temer, que tallando la prolongación superior del colgajo perinasal, se comprometan las conexiones vasculares del colgajo frontal, comprometiendo asimismo su vitalidad. En este caso, es fácil en vez de tallar un solo colgajo, tallar dos laterales en la misma forma, pero respetando la línea media en el arranque del pedículo frontal. Estos dos colgajos se invierten del mismo modo, suturándolos entre sí.

La dislocación del aparato puede ser debida á defectos en los medíos de fijación ó á continuación del proceso destructivo. Tiene para Martín una importancia de primer orden la inmovilidad del aparato, y esto sólo puede obtenerse construyéndole de una sola pieza y terminándole en puntas fijadoras.

La osteítis rarefaciente y absorción del hueso, se producen con facilidad cuando se emplean pinzas fijadoras. Por el contrario, las puntas, cuando están bien introducidas en el hueso, no sólo no provocan osteítis rarefaciente, sino que se rodean de una virola de osteítis condensante y dureza ebúrnea, que las fija más; hasta el punto, que Berger tuvo que emplear gran fuerza para realizarlos.

Dechamp también ha comprobado este interesante detalle.

Esta fijación se obtiene con el intermedio de una capa membranosa, análoga á la que se observa después de la resección subperióstica de una costilla, y tiene tal espesor y consistencia, que en caso de verse obligado á retirar el aparato, puede verificarse su separación, sin poner al descubierto las fosas nasales por los orificios de fijación.

Para verificar ésta de un modo perfecto, es necesario poner al descubierto con toda limpieza las superficies óseas y asegurar la hemostasia.

Un detalle que no debe olvidarse es el que se refiere al punto de fijación en la espina nasal superior. Debe evitarse el fijar la punta demasiado alta, porque se han observado fenómenos cerebrales por su penetración en el seno frontal.

La persistencia del proceso destructivo, se refiere, principal y casi exclusivamente, á los sifilíticos.

Pollonsson experimentó un fracaso manifiesto, por operar prematuramente, y el mismo Martín, en un enfermo de Ollier, sufrió igual decepción por causa idéntica.

La supuración y dolores permanentes, son excepcionales.

Tiene grandísima importancia la forma que conviene dar al aparato. Ya hemos dicho que en un principio, el encuentro de las dos láminas se verificaba al nivel del lóbulo. Esto no sólo hacía los traumatismos más temibles, sino que dificultaba usos fisiológicos de la nariz tan necesarios, como el sonarse. Por este motivo la lámina transversal debe ser oblícua, verificándose el cruce con la vertical, en la unión de su tercio interior con el medio.

Claudio Martín ha intentado suprimir la lámina que sustituye al subtabique, pero esto no es posible porque expone á la depresión del

lóbulo. Una modificación ventajosa es hacer la curva con concavidad interna y fijarla profundamente.

El interés que tenía Martín en la supresión de esta lámina, era por el ahorro de tiempo que supone en la colocación del aparato, pero pronto se convenció que ese retardo no compensaba, con mucho, los perjuicios que su falta irrogaba. Puede abreviarse ese tiempo, colocando las ramas separadamente y reuniéndolas después, pero esto exige un instrumental apropiado y la práctica consiguiente.

En resumen: según Martín, para verificar una rinoplastia sobre soporte metálico con todas las garantías de éxito, es preciso:

1.° Curación del proceso patológico.

2.° Posibilidad de disponer de un colgajo suficientemente grande, para sufrir la retracción consiguiente, inmediata y consecutiva, sin compresión alguna.

3.° Posibilidad de establecer un subtabique resistente.

4.° Existencia de reborde óseo suficiente para servir de fijación al aparato.

Aunque este detenido estudio de Cl. Martín puede servir de guía al operador, no podemos ni debemos pasar en silencio las observaciones de Vautrin, mencionadas también en la *Revue de Chirurgie* del mismo año.

Según dicho señor, la tolerancia del aparato depende de su naturaleza y de su relación con las partes blandas.

Respecto á su naturaleza, sólo puede emplearse el oro, plata dorada ó platino; siendo preferible este último, blando, porque á su tolerancia une su maleabilidad, que permite moldearle en el acto operatorio, según las exigencias de la intervención.

Desecha desde luego la fijación por medio de tornillos, que exige mayor trabajo y mayor grosor de las láminas; estando de acuerdo en absoluto con Cl. Martín al asegurar que el mejor medio de fijación es por medio de las puntas del mismo soporte.

Estas puntas se introducen en el hueso por medio de un perforador, debiendo tener presente que éste ha de ser fino, porque si es grueso, hay gran exposición de producir esquirlas, sobre todo en la colocación de la punta qne corresponde á la espina nasal superior.

La forma del soporte Martín es muy aceptable cuando se emplea el método indiano, pero si se emplea el francés, es defectuosa porque, correspondiendo la sutura al dorso nasal, además de comprometer la reunión, forma una arista aguda muy desagradable.

Esto se remedia haciendo la lámina vertical más ancha y convexa.

Con razón cree Vautrin que el ángulo formado por la lámina vertical y la que sustituye al subtabique, da origen á un lóbulo antiestético, por lo anguloso, y yo me permito añadir que indudablemente la compresión que produce es la causa principal de la mortificación del colgajo en ese sitio, como ocurrió en el último operado del doctor Cano Quintanilla.

Por esta razón es no sólo conveniente, sino indispensable, sustituir ese ángulo con una lámina redondeada.

La disposición del soporte, con relación á los tejidos, debe ser tal, que esté á cubierto de la acción del aire y de las secreciones nasales. Con este objeto, Terrier había indicado ya la necesidad de encerrar el aparato entre dos colgajos, el superficial de la frente y el profundo de las mejillas.

Chaput aconseja introducir el soporte entre colgajos cutáneo-mucosos, tomados de los restos de la nariz, por lo que, para utilizar su procedimiento, es necesario que estos restos sean suficientemente amplios y elásticos, lo que rara vez ocurre. A pesar de *masajes* preparatorios, secciones subcutáneas y movilizaciones progresivas, es muy difícil, ó imposible en la mayoría de los casos, obtener el resultado ideado por Chaput.

No obstante, como existen casos en que el procedimiento de Chaput puede tener útil aplicación, es necesario describirle.

Empiécese por *encuadrar* la nariz con una incisión en forma de ∩, cuyas extremidades corresponden al borde inferior de las alas de la nariz. Diséquese este colgajo comenzando por arriba, y teniendo cuidado de respetar la mucosa. Puesto al descubierto el hueso, en la espina nasal superior y en los maxilares, un poco por fuera de las alas de la nariz, se sujeta el aparato y se vuelve á colocar el colgajo superficial que se sutura.

Repetimos que es difícil que el estado de la piel permita este procedimiento, pues raro será el traumatismo ó proceso que la respete, y si intervenimos en un sifilítico, por ejemplo, cuando sólo se ha verificado el aplastamiento de la nariz, no podemos responder que el proceso esté concluso.

Así, pues, el procedimiento obligado es el que encierre el soporte entre dos colgajos cutáneos.

La difícil adaptación del colgajo por el método italiano, y por tanto, como hemos dicho, su casi segura infección, obligan á no tomarle

del brazo, sino cuando no sea posible adquirirlo de la frente y mejillas por estar invadidas estas partes por tejido patológico, impropio para la restauración autoplástica.

Si esto no ocurre, claro está que deben obtenerse los colgajos profundos de las partes próximas ó mejillas y el superficial de la frente.

Ahora bien, como quiera que los colgajos profundos sólo tienen que tapar una abertura máxima de 3 centímetros de anchura, es frecuente podamos tomarlos de las partes de la nariz respetadas por el proceso, siendo suficientes colgajos de 1 á 2 centímetros.

El colgajo frontal debe ser tallado, siguiendo los consejos de Lisfrank, Labat, Alquié y Langenbek, tomando un patrón de la superficie que se debe cubrir sobre un trozo de gutapercha laminada, dibajando ese patrón sobre la frente, separándose del perfil un centímetro en toda la periferia, por las pérdidas de retracción, inclinando el dibujo por encima de la línea superciliar del lado opuesto al pedículo, con el fin de no someter éste á una tracción exagerada.

Este colgajo frontal se diseca sin interesar el periostio, y colocado en posición, se sutura en seguida.

La restauración del lóbulo es muy delicada. Lo más práctico y fácil es tallar la lengüeta, ya mencionada, en el colgajo frontal, pero como quiera que ya sabemos que esa parte tiene muy poca resistencia para oponerse á la ascensión del lóbulo, es necesario reforzarla tomando tejido del labio ó partes adyacentes, y aquí, dicho se está, interviene la inventiva del operador.

Como se ve, era de esperar, y estaba mencionado, nada nuevo he dicho ni he podido decir; pero creo haber conseguido mi objeto; esto es, colocar á cualquier compañero mártir, ó sea á todo médico rural, en condiciones de verificar una rinoplastia con arreglo á los conocimientos fin de siglo en la materia.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital General.

I. Límites de la acción de los poderes públicos en la aplicación de los preceptos de la profilaxis.— Las enfermedades protozoarias desde el punto de vista higiénico. — Sobre el contagio del paludismo, por el Dr. D. Rafael Rodríguez Méndez. Barcelona, 1898.

II. El tartamudeo, por D. Agustín Rius y Borrell. Barcelona, 1900.

III. La bicicleta y la higiene, por D. Francisco Martínez y González. Valencia, 1900.

IV. Dislocaciones de los órganos pelvianos en la mujer, por D. Joaquín Cortiguera. Santander, 1900.

V. Memoria y discurso leídos en la primera Junta conmemorativa de la fundación de la Liga española contra la tuberculosis. Agrupación de Valencia, 1900.

I

El reputado profesor de la facultad de Medicina de Barcelona y notable higienista, el Dr. Rodríguez Méndez, ha reunido en un elegante volumen las tres Memorias que presentó al IX Congreso internacional de Higiene y Demografía que se celebró en Madrid en 1898, Memorias que, con ser una hermosa y brillante prueba de sus vastos conocimientos y de lo muy arraigados que están en su ánimo los grandes ideales higiénicos, revestidos de la nítida pureza con que los engendrara la madre Hígia, es decir, sin impurezas sociales de ningún género, no son, sin embargo, ni una débil muestra de los excepcionales talentos del citado Profesor, ni siquiera representan una pequeña parte de la asídua labor con que contribuyó á las tareas del mencionado Congreso.

Ni el hecho de contar al Dr. Rodríguez Méndez entre el número de mis más queridos y respetados amigos, ni la consideración de haber sido uno de mis maestros que siempre me distinguieron con su inapreciable afecto, creo que deben moverme á retener la pluma cuando ésta se encuentra dispuesta á trazar sobre el papel la expresión de un sentimiento inspirado, no en el afecto y en el agradecimiento, sino en la imparcialidad y en la justicia.

Todavía recordamos la excelente impresión que la lectura de las referidas Memorias produjo en el numeroso auditorio de la Sección

del Congreso donde fueron leídas, y la parte que tomamos en la discusión de la primera, cuyas conclusiones merecieron unánime aprobación.

En la primera desarrolló el tema oficial concebido en los siguientes términos: «Límites de la acción de los poderes públicos en la aplicación de los preceptos de la profilaxis», y formuló las siguientes conclusiones: 1.ª En asuntos profilácticos no debe haber más límites que el de la ciencia misma. 2.ª No son los poderes públicos los llamados á llevar á la práctica esta rama de la higiene. 3.ª Debiera encargarse la profilaxis á los higienistas, y como esta personalidad no existe todavía, hay que instituirla. 4.ª Instituídas, se les debe encomendar el cultivo de la salud pública, lo mismo que se encomiendan otras suertes de actividades al personal técnico correspondiente. En la segunda desarrolló el tema también oficial «Las enfermedades protozoarias desde el punto de vista higiénico», en la cual expuso con igual rigorismo crítico y aguda penetración, cualidades que resplandecen en todos sus escritos, el estado actual de este asunto, tan poco cultivado desde este punto de vista. Y en la tercera, asunto de tema libre, expuso sus ideas favorables «Sobre el contagio del paludismo», citando al efecto algunos ejemplos.

La lectura de esta última Memoria nos ha recordado un ejemplo de la misma índole que referimos en la Memoria que sobre la *Demostración clínica del contagio en la tuberculosis* nos premiaron en 1894, y en la que el propio Dr. Rodríguez Méndez tuvo la bondad, que siempre agradeceremos, de acceder á escribir el prólogo. Las ideas que en dicho punto lanzamos de un modo, hasta cierto punto, tímido, bien puede decirse que se ven hoy día confirmadas en el trabajo de tan ilustrado profesor.

En resumen, las tres Memorias del volumen que examinamos, por el interés, por la novedad, por la cultura y por la dicción que las caracteriza, son dignas del gran talento y de la fecunda é incansable pluma de tan autorizado higienista.

II

El autor de este folleto, maestro normal y Director de una escuela municipal en Barcelona y persona muy ilustrada y ducha en las cuestiones pedagógicas, expone en 114 páginas en octavo, materia abundante y doctrina inspirada en los nuevos progresos de la que podríamos llamar fisiología pedagógica, la cual debieran tener mu-

cho más presénte de lo que al parecer la tienen los compañeros de su profesorado.

Aunque en forma algo resumida, se ocupa el autor en varias cuestiones fisiológicas referentes á los sonidos, á la respiración, á la fonación, á la articulación, á la conversación, al canto, á la modulación y á las cadencias; después estudia los vicios de la pronunciación como el tartamudeo, bulbucencia, etc., y de la articulación como el tartajeo, ceceo, etc., exponiendo á renglón seguido el tratamiento más oportuno de cada uno de dichos vicios. Dedica al final de su trabajo dos capítulos consagrados respectivamente á la enseñanza de la palabra á los niños atrasados de inteligencia y á los mudos por sordera remediable.

La idea fundamental del autor, respecto al tratamiento de estos vicios, puede resumirse en el siguiente párrafo:

«O los vicios de la pronunciación provienen de un defecto del organismo ó de su funcionamiento, ó bien del uno y del otro. La curación, en el primer caso, corresponderá á la Medicina ó á la Cirugía; en el segundo, su corrección será obra de la Pedagogía, y en el tercero de la una y de la otra».

III

En un folleto de 68 páginas el autor estudia diferentes capítulos del problema médico social de la bicicleta. Después de un bosquejo histórico, donde no se cita ningún trabajo español de los publicados acerca de la materia, ocúpase sucesivamente de la elección de bicicleta, de las primeras lecciones, de la fisiología de la bicicleta en relación con la máquina humana, de los inconvenientes, ventajas é indicaciones de la velocipedia, de las relaciones de ésta con la mujer, del entrenamiento, y por fin de la higiene del ciclista.

Trátase, pues, de una especie de cartilla en la que encontrará indicaciones útiles el *amateur* novel.

IV

El Dr. Cortiguera, ilustrado ginecólogo de Santander y colaborador de nuestra Revista, da á conocer en este trabajo, que no es el primero que ha publicado de su especialidad, lo muy á fondo que la conoce, tanto desde el punto de vista personal como desde el punto de vista erudito.

En lo que pudiéramos llamar primera parte ó parte general, estu-

dia ampliamente cuanto se refiere al concepto científico que deben merecer las desviaciones de los órganos pelvianos de la mujer, y su etiología, patogenia, marcha, mecanismo, complicaciones, síntomas y pronóstico. En la parte especial, estudia particularmente la anteversión, anteflexión, retroversión. retroflexión, prolapso, uterocele, anejocele, enterocele, cistocele, uretrocele, prolapso uretral é inversión. En cada uno de los capítulos dedicados á dichas dislocaciones, da á conocer la sintomatología, el diagnóstico y, sobre todo, se detiene en el tratamiento. Precisamente por este carácter, ó sea por dedicar muchas páginas á la terapéutica, resulta un trabajo sumamente útil y eminentemente práctico para los que consagran sus actividades á los especiales padecimientos de la mujer.

Otro carácter que le informa, por cierto muy simpático por el desapasionamiento que revela, es el que se resuelve en un criterio terapéutico ecléctico que denota en el autor un ginecólogo de los que no ven en todo caso patológico un motivo imprescindible de intervención quirúrgica. Los numerosos datos estadísticos que figuran en distintas páginas de la obra y el gran número de procedimientos operatorios que en cada dislocación se mencionan, acrecientan de un modo indudable el valor de esta monografía por todos conceptos digna de ser leída.

V

En este folleto figura la Memoria del Secretario general D. Ramiro Ruiz García, donde hace la historia de la agrupación valenciana de la Liga española contra la tuberculosis y de socorro á los tísicos pobres, y un discurso científico intitulado *Bioquímica de la tuberculosis*, y debido al reputado médico el Dr. Peset y Cervera.

De la historia hecha por el Secretario general, despréndese, por desgracia, que todavía no ha obtenido dicha agrupación el apoyo general del público, tan indispensable para llevar á cabo con éxito la empresa, y tan merecido por el objeto humanitario que persigue.

El discurso del Dr. Peset y Cervera está á la altura de su reputación y de sus vastísimos conocimientos, y en realidad, su lectura es muy instructiva por la brillantez, claridad y detenimiento con que expóne todos los procesos de índole química que en el organismo humano se desarrollan cuando éste padece la terrible enfermedad pandémica, conocida con el nombre de tuberculosis.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 21 *de Enero de* 1901.

Un caso de gastrostomía. — El *Dr. Bravo* (D. Juan), presenta una mujer operada de gastrostomía. La enferma es joven y ha disfrutado siempre de buena salud, hasta que en el mes de septiembre del año pasado confundió una botella de lejía con otra de vino y bebió una gran cantidad de líquido, sufriendo así una cauterización muy profunda y del esófago que trajo como consecuencia su ulceración y al cicatrizar sus lesiones ulcerosas, una estenosis esofágica tan considerable que dificultando, en un principio, el paso de los alimentos sólidos, acabó por impedir la ingestión de los líquidos; y todo cuanto la enferma tomaba para alimentarse, iba depositándose por encima del espacio estrechado, hasta que las contracciones esofágicas hacían salir por vómitos las substancias detenidas.

Conducida á la Clínica del Dr. Madinaveitia, este intentó el cateterismo esofágico sin poder conseguirlo. La enferma llegaba ya á un estado de extenuación casi absoluto, cuando vino á mi Clínica y comprobado el diagnóstico, creímos que lo urgente era el poder alimentar á esta mujer, para sostenerla la vida, á reserva de tratar después la estenosis: era precisa la gastrostomía y se practicó, hará un mes próximamente. Esta operación hecha por el procedimiento que pudiéramos llamar clásico, de laparotomía media supra-umbilical poco extensa, introducción de dos dedos que permitan coger la pared anterior del estómago, para atraerla hasta la herida abdominal donde se fija por puntos de sutura sero-serosa, y sero y musculo-cutáneos, incindiendo después directamente la pared estomacal ya de un modo inmediato, ó después de algunos días, para esperar á que se hayan establecido las adherencias aisladoras entre el estómago y la pared abdominal, tiene el grave inconveniente de que es muy difícil el obturar la fístula establecida, y por ella son eliminados al exterior unas veces los jugos gástricos y otros alimentos y bebidas á medio digerir. Esta salida determina una autodigestión de la piel y demás tejidos peri-fistulosos ó cuando menos su excoriación y ulceración, y además, obliga á los enfermos á llevar constantemente un apósito ó vendaje obturador, que sobre no conseguir su objeto produce una viva molestia.

Para evitar estos inconvenientes se idearon varios procedimientos operatorios diferentes: primero, se pensó en crear á la fístula gástrica una especie de esfínter utilizando las fibras musculares del recto del abdomen y Hacker, autor de la idea, laparotomiza á través de dicho músculo en vez de hacerlo por la línea media, creyendo así conseguirlo, y Girard para mayor seguridad, cru-

za dos fascículos musculares del recto del grueso de un dedo, el de la derecha á la izquierda y viceversa, y cree así, obtener mejor un verdadero esfínter. Posteriormente Franck, además de laparotomizar á través del músculo recto, ideó el sacar al exterior un gran trozo de la pared del estómago, á cuya base sutura el peritoneo parietal, lo eleva por delante del reborde costal y desprendiendo una gran porción de piel va á fijar el vértice del cono estomacal al nivel de los espacios intercostales, en cuyo punto lo fija por sutura, y establece la abertura estomacal muy pequeña, suturando toda la herida primitiva de la laparotomía; con todo lo cual cree dificultar la salida al exterior del contenido del estómago.

Witzel, laparotomiza oblícuamente y paralelo al reborde costal, extrae también gran porción de la pared estomacal, y colocando un tubo de desagüe sobre ella y en la misma dirección oblícua, coge á un lado y otro del tubo un pliegue de la pared del estómago, y los sutura por encima del tubo que queda así encerrado en un conducto hecho con el mismo estómago; perfora éste sólo en la extensión necesaria para introducir el extremo inferior del tubo en el estómago, y un último punto completa la formación del conducto. Fija luego la pared estomacal por donde sale el extremo superior del tubo á la pared abdominal, y sutura el resto de la herida.

Kocher, por último, combina los procedimientos anteriores y laparotomizando como Hacker, fijando el estómago como Franck y colocando el tubo perpendicular y no oblícuo como Witzel, realiza un nuevo procedimiento que tiene las ventajas de todos sin sus inconvenientes.

En mi enferma me decidí á practicar el procedimiento de Kocher algo modificado haciendo la incisión en el centro y colocando el tubo en dirección perpendicular suturando bien el peritoneo á la parte de estómago que se herniaba, dejando un desagüe arriba y otro debajo de la herida para que tengan los líquidos fácil salida y no produzcan flemones. Y esto lo hice: 1.°, porque entiendo que el papel de esfínter que se atribuye al músculo recto es problemático y dificulta la maniobra de llegar al estómago; y 2.°, porque sospechaba y comprobó que en esta enferma el estómago era muy pequeño y por la línea media podría encontrarle mejor. No se arrepiente de esta modificación porque en lo que se refiere al papel de esfínter del músculo recto del abdomen, no lo ha echado de menos gracias al tubo de desagüe que ustedes han visto.

Desde el primer día la enferma se alimentaba por la sonda perfectamente y, aunque está delgada todavía, se encuentra mucho mejor, más nutrida, y eso que por las condiciones hospitalarias no se puede darla extractos de carne, ni peptonas.

Tiene esta operación el inconveniente de que la alimentación ha de ser líquida ó, por lo menos, de pulpas muy líquidas y ha querido introducir carne picada, gallina muy triturada, pero no pasa por sonda tan estrecha ni aun con ayuda de la presión de una jeringa. Es, pues, gran procedimiento para empleado en los ricos, pero no para los que carecen de recursos, porque sólo con leche y caldos se tiene hambre.

El caso presentado nada tiene de particular fuera del buen resultado conseguido que es mejor que el de los procedimientos clásicos.

El *Dr. García* dice que por la disposición de las fibras de los músculos

del abdomen le parece mejor para verificar la oclusión elegir un músculo que no sea el recto. Recuerda el caso del canadiense que se alimentaba con sólidos, y, sin embargo, tenía hambre y era preciso que le dieran á masticar algo, cosa que puede hacerse con esta enferma.

El Dr. Bravo: La presentación del caso es prematura supuesto que la operación es el primer jalón colocado en la cura que se ha de hacer á esta mujer. En primer lugar, la operación ha surtido efectos saludables puesto que nos ha permitido dejar en reposo al esófago y este reposo ha hecho que pueda tragar algo la enferma por las vías naturales hasta hacer pasar dos bizcochos. En segundo lugar vendrá luego el cateterismo gradual introduciéndola sondas esofágicas al principio delgadas y cada vez más gruesas.

Si la estrechez no fuera muy extensa y no estuviera muy baja, intentaríamos una esofagotomía. Podría ser que los jugos gástricos ascendieran á pesar de ser el tubo muy largo, pero ya no es fácil que suceda al mes de operada. Y en cuanto á la sonda de tope ya no pienso ponerla, pues no la llevará de un modo permanente y se la quitaré en el momento en que la mucosa dol estómago llegue á tapizar todo el conducto fistuloso. Sin embargo, la idea del Dr. Semprun me parece muy racional.

La alimentación por la peptona se me había ocurrido á mí; pero la penuria de los Hospitales no permite usar estos alimentos.

Me declaro conforme con lo manifestado por el Dr. González Campo, afirmando que debería recurrirse á esta operación aunque no fuera más que con el carácter de paliativa aun en los casos de carcinoma del esófago.

El *Dr. Semprun* aprueba la modificación del procedimiento y su técnica, declarándose partidario de hacer la abertura alta. Hay — dice — un detalle que interesa mucho al éxito del procedimiento, que no me tranquiliza del todo, porque no hay que olvidar el estado de lubrificación constante de la mucosa gástrica, que los líquidos ejercen una acción trepadora, y yo he visto casos en los que por ese derrame de jugos, aun estando la abertura alta, han sobrevenido eritemas consecutivos y para evitar esto, teniendo la enferma colocada una sonda de Nélaton, sería prudente la sonda que usamos para el cateterismo retrógrado, que tiene un disco que se ajusta y obtura el cuello vesical tan propenso á inflamaciones. Otra modificación útil, por el calibre de la sonda que no permite el paso de los alimentos sólidos, es peptonizar la leche ó dar á la enferma grandes cantidades de peptona, y désela á mascar hojas de coca que quitan por completo el hambre.

El Dr. González Campo: La presentación de este caso debe tener para todos importancia sugestiva: es decir, que debe servir como de propaganda para estimularnos á llevar á efecto la gastrostomía con más frecuencia puesto que á diario nos encontramos con enfermos que tienen lesiones profundas, pero remediables, y que, por consideraciones especiales, si unos recomiendan ciertas operaciones son desechadas por la mayoría. Yo creo que debemos acudir á esta operación cuando no se puede efectuar la alimentación natural, la alimentación bucal, y los tres casos en que se pueden conseguir grandes ventajas son: en los casos de quemaduras recientes del esófago, en los de retracción cicatricial y en los de neoplasias.

El *Dr. Yagüe*, recuerda que para evitar el hambre que estos enfermos

sienten se ha propuesto por algunos darlos á mascar el alimento ordinario y que luego lo arrojen en un embudo que está unido á la sonda y de este modo se consigue también la insalivación. — EDUARDO TOLEDO.

PERIÓDICOS

Quiste hidatídico del hígado. Operación practicada por el procedimiento de Delbet y Dauré. — Refieren en el *Boletín del Ateneo de Internos de la Facultad de Medicina de Valladolid*, los alumnos observadores Sres. Canterín y Lerchundi, el caso clínico relativo á la enferma L. H., de veinte años de edad, soltera, temperamento sanguíneo; á los diecisiete años padeció fiebre tifoidea, y poco después empezó á notar molestias en el estómago, que en un principio desaparecieron, volviendo al poco tiempo con alguna intensidad, teniendo que consultar debido á que devolvía todo cuando tomaba, no dando más detalles importantes sino que cuando sintió mejoría de los dolores del estómago tuvo ictericia durante unas semanas.

Pocos meses después sufrió una caida sobre el costado derecho, empezando á sentir molestias en el hipocondrio del mismo lado, notando á la vez que aumentaba de volumen, y como quiera que la indicasen tenía que sufrir una operación, ingresó en la sala del Hospital clínico.

Actualmente la enferma siente dolores sobre todo á la presión en la región citada, anorexia y repugnancia á las grasas.

Como dato significativo para el diagnóstico, consignan que á la enferma, fué siempre grata la compañía de los perros, hasta el extremo de dormir con ellos.

Por la inspección apreciaron un abultamiento en todo el hipocondrio y vacío derecho, así como el epigastrio y parte de la zona umbilical, ocupando la extensión siguiente en sentido vertical:

En la línea alba	14	centímetros.
— paraesternal	16	—
— mamilar	20	—
— axilar anterior	19	—
— — posterior	18	—

Por la percusión, la macicez empieza á notarse:

En el 7.° espacio intercostal en la línea mamilar.
— 8.° — — — axilar anterior.
— 9.° — — — posterior.

El Dr. Sagarra diagnosticó por el aspecto del tumor, la sensación producida á la palpación y los antecedentes dichos, de *quiste hidatídico del hígado*.

El tratamiento indicado en estos casos, es quirúrgico, pues que á su extirpación suele suceder la curación.

Con tres días de anticipación á la operación se esterilizó la región afectada, manteniéndola en este estado.

El día antes se la administró un purgante.

Previa minuciosa antisepsia así como también de una inyección de morfina y sulfato de esparteína en la proporción de un centígramo de la primera, tres de la segunda y un gramo de agua destilada, se procedió á la anestesia de la enferma por las inhalaciones de éter sulfúrico. Obtenida ésta, y colocando á la enferma en decúbito lateral izquierdo, se comenzó la operación practicando una incisión vertical sobre la línea mamilar empezando en el reborde costal y en una extensión de diez centímetros, interesando la piel, capa celulo-grasienta subcutánea, quedando al descubierto la aponeurosis resistente del músculo recto mayor. Separada ésta de las adherencias que tenía con el músculo citado, se dió una segunda incisión á través de este músculo, en la dirección de sus fibras por estar sumamente desarrollado, quedando abierto un hojal á través del cual había de extraerse el quiste. Examinada la parte se apreció el peritoneo parietal en el que se hizo una pequeña incisión para introducir la sonda acanalada y dirigir por su ranura el bisturí y practicar una abertura: hecha ésta se apreció la cara externa del quiste colocado en la cara convexa del hígado, y previa introducción de gasas alrededor para evitar la caída del líquido en el peritoneo, se hizo una punción con bisturí, saliendo en un principio con bastante fuerza un líquido claro y aséptico, cuya cantidad en volumen era unos 500 centímetros cúbicos.

Desalojado todo el líquido que había en la cavidad, para lo cual se colocó á la operada en decúbito lateral derecho bastante inclinado, se amplió la incisión del quiste en 4 centímetros, se extrajo la bolsa quística completa con pinzas de corazón, presentando como caracteres físicos ser delgada, muy friable y romperse sin otra resistencia que su propio peso, y su color como clara de huevo cocido y ligeramente translúcida.

En vista de la completa extracción de la bolsa de la asepticidad del líquido y el no haber quistes secundarios, se creyó oportuno seguir el procedimiento de Delbet y Douré, consistente en suturar las paredes del quiste y luego las abdominales. Estas suturas son definitivas.

Para ello se hicieron cuatro planos de sutura, uno de sutura continua con crin de Florencia con objeto de cerrar la pared quística, otro de puntos aislados que atravesaban todas las capas del abdomen, y otro para cerrar la vaina del recto, y finalmente otro superficial cutáneo.

Una vez cerrada la bolsa quística se procedió á unir la sutura á punto separado de la vaina del recto; después se anudaron los puntos que abarcaban todos los planos del abdomen y, por último, la sutura de la piel. En todas estas suturas se empleó la crin de Florencia.

Una vez suturadas las paredes mencionadas y como no hubiera ningún derrame sanguíneo, se cubrió la herida con colodion iodofórmico y algodón aséptico para dar más resistencia é impedir la entrada de gérmenes, dando por terminada la operación sin el menor incidente digno de mención.

Tiempo invertido: cuarenta minutos.

Diario de observación: La temperatura antes de la operación era de 36°,5 y el número de pulsaciones 57.

Día 21. — La temperatura es 38°,3, las pulsaciones 90.

La alimentación consiste en caldos fríos y un poco de vino blanco.

Después de la operación siente dolor de estómago, riñones y hombro izquierdo, así como también cefalalgia.

Días 22 al 24. — Desaparecen gradualmente los dolores y el termómetro marca 38° y las pulsaciones 90. Se la ordena ración de gallina.

Día 25. — Continúa en estado satisfactorio; la leche, caldos y ración de gallina los digiere bien. Se presentó de nuevo dolor de estómago. El termómetro marca 36°,5, las pulsaciones 72. Por lo que se ve su estado es el normal.

Día 26. — La gastralgia es intensa por lo que se la prescribió la siguiente fórmula:

Clorhidrato de cocaína.....	12 milígramos.
Subnitrato de bismuto.....	6 gramos.
Magnesia calcinada.....	12 —

Mézclese y disuélvase en 12 papeles iguales para tomar tres al día, uno antes de cada comida.

En la región operada no sintió dolor, siendo este á la presión muy poco intenso.

Día 28. — Se levantó la cura, se quitaron los puntos de sutura viendo que la cicatrización se había verificado de un modo uniforme. En el epigastrio se nota una pequeña tumefacción que á la percusión da ruído macizo. La temperatura es 36°,7, el estado general satisfactorio, la astralgia ha disminuído notablemente.

Día 30. — La fiebre ha aumentado á 37°,7 y el número de pulsaciones 102. La enferma no siente dolor alguno en la región operada, atribuyendo este aumento á algo de frío que sintiera al estar levantada. Por la tarde marca el termómetro 38°,2, pulsaciones 96 y bastante cefalalgia.

Día 1.° de diciembre. — En este día marca el termómetro 39°,2, la cefalalgia es muy intensa.

Día 2. — Desaparece la fiebre y cefalalgia, volviendo á su estado normal, continuando en tan favorable estado hasta el día 6 en que salió para su casa, aconsejándola volviese á esta Clínica caso de sentir alguna molestia.

La prontitud en la curación de los quistes hidatídicos por el procedimiento empleado, y el primero que ha practicado el Dr. Sagarra, no dudan le animarán á seguirle en cuantas ocasiones pueda, pues no deja de admirarnos ver completamente curado un quiste en poco más de tres semanas, cuando por cualquiera otro de los procedimientos tarda bastante más. En cambio de estas ventajas tiene este procedimiento el inconveniente de poderse producir en tiempo más ó menos remoto la supuración de la bolsa, la cual obligaría á abrir nuevamente el quiste y á desaguarlo.

Iritis aguda tratada con iridectomía. — El Dr. Sanz Blanco, en la *Oto-Rino-Laringología Española*, publica el caso referente á una enferma afectada de lesión monocular correspondiente al lado izquierdo, presentando blefarospasmo, fotofobia y dificultad visual con sensación de nebulosidad, á través de la que percibe borrosos los objetos; dolores continuos, aunque no muy intensos, en el globo del ojo y regiones periorbitarias, epífora, síntomas que se exacerban por la acción de la luz y por la presión; moderada inyección vascular de la conjuntiva bulbar más perceptible en las proximidades del limbo corneal, turbiedad del humor acuoso, con existencia de algunos pun-

tos opacos que parecen adosados á la faz interna de la córnea; iris decolorado, orificio pupilar al parecer de forma regular y de unas dimensiones que no llaman la atención por grandes ni chicas, aumento de presión intraocular que puede fijarse en T + 1; amplitud del campo visual normal, y agudeza $^1/_8$ de la escala de Wecker y Masselon; la luz oblícua demostraba el enturbiamiento del humor acuoso, y la existencia de copos en la cámara anterior. Para proceder al examen oftalmoscópico se instila una gota de disolución de sulfato neutro de atropina, y después de veinticinco minutos de espera y de repetir la instilación, pudo notarse que el orificio pupilar aumentó un poco su tamaño y *tomó forma arriñonada:* el oftalmoscopio sólo puso de manifiesto una ligera hiperemia de la coroides.

La enferma era joven, de veintiocho años, soltera, bien constituída, hija de padres sanos, gentes del campo que nunca han presentado manifestación alguna de estados discrásicos ni constitucionales, buen estado de salud de que siempre ha gozado la enferma en cuestión.

La antigüedad del mal databa de dos semanas próximamente, atribuyéndolo la paciente á la acción de un baño frío después de una penosa faena del campo, y en ocasión en que aún no había desaparecido del todo el flujo catamenial que en aquellos días le correspondió, pues al siguiente de este hecho ya empezó á notar que la vista se enturbiaba, apareciendo los primeros dolores, haciéndole daño la luz y presentándose lagrimeo, fenómenos que, aumentando en intensidad, la obligaron á buscar remedio á su enfermedad.

Antes del examen oftalmoscópico, creyó el Dr. Sanz Blanco, que se encontraba ante un caso de irido-coroiditis; pero al ver que en la coroides no existía ninguna lesión anatómica más que la ligera hiperemia de que anteriormente queda hecha mención, desechó provisionalmente ese diagnóstico, porque la marcha rápida que la enfermedad presentó desde sus comienzos, lo repentino de su aparición y el enturbiamiento y presencia de copos grises en la cámara anterior, son síntomas comunes á las coroiditis agudas y á las iritis serosas agudas; pero hay que tener presente que estas dos afecciones, yendo casi siempre combinadas, suelen aparecer por el iris, propagándose con rapidez á la coroides.

El glaucoma agudo empieza de un modo muy parecido al en que empezó la enfermedad de esta paciente, pero tiene signos característicos que en este caso clínico no existían (pulso arterial papilar, dolores grandísimos, dilatación pupilar excesiva, etc.).

Considerando que se trataba de una iritis serosa aguda de forma progresiva, sometió la enferma á un plan consistente en el uso al interior de preparaciones mercuriales y depletivos intestinales, y localmente lociones y aplicación constante de soluciones antisépticas calientes, instilaciones de midriáticos (atropina) moderadas, y observación.

No tuvo la satisfacción de ver mejorar á su enferma, más bien empeoraba; los dolores no cedían, la visión no mejoraba, el enturbiamiento del humor acuoso se acentuaba y la cámara anterior aumentaba en profundidad; pasados algunos días y viendo que la presión intraocular aumentaba y los demás síntomas, sin obedecer al tratamiento impuesto (emisiones sanguíneas locales entre ellos) seguían con la misma intensidad, decidió interve-

nir quirúrgicamente haciendo una iridectomía, que practicó el día 25 de julio.

Ningún accidente particular ocurrió en el acto operatorio.

La enferma pasó el día de la operación con algunos dolores, que en los días consecutivos fueron disminuyendo; levantado el primer apósito á las cuarenta y ocho horas de la intervención, la cicatriz corneal estaba en las mejores condiciones, el hipema reducido en más de la mitad, los dolores no existían; pasaron los días, y cuando se cumplieron dos meses, á contar del día en que la vió por primera vez, su estado era tan satisfactorio, que de $^1/_8$ á que estaba reducida su agudeza visual, se había ampliado á $^1/_2$, de la referida escala de Wecker y Masselon. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 22 *de Enero de* 1901 (1).

Extirpación de la rotura seguida de la conservación de los movimientos de la rodilla y de la restauración de las funciones del triceps. — El *Dr. Berger* presentó un enfermo al que en junio de 1899, había extirpado la rótula y una porción de las partes blandas inmediatas.

El enfermo padecía, desde la edad de nueve años, dolores agudísimos provocados por la presión y fijos en un punto limitado, situado cerca del borde interno de la rótula derecha. Desde hacía algún tiempo, estos dolores se presentaban en forma de crisis espontáneas, cada vez más frecuentes; la flexión de la rodilla las provocaba y su intensidad era tal, que el enfermo se sometía á una verdadera inmovilidad voluntaria y estaba reducido á la impotencia casi completa. El examen directo, posible sólo durante la anestesia por el cloroformo y la radiografía, demostraron que el máximum de las lesiones se hallaba hacia el borde interno de la rótula.

La extirpación de este hueso fué seguida de una restauración tan completa de las funciones del miembro, y en particular de la extensión activa de la rodilla, que el enfermo, libre de sus dolores, pudo servirse de su miembro operado casi tan bien como del sano; la flexión de la rodilla pudo pasar del ángulo recto y la extensión era suficiente para poder subir una escalera sin dificultad, montar á caballo, etc.

El examen de las lesiones demostró que se trataba de una osteomielitis crónica primitiva, no tuberculosa, forma rara en la rótula, á cuyo padeci-

(1) La sesión del día 15 se suspendió en señal de duelo por la muerte del Dr. Chatin.

miento atribuye el Dr. Berger el absceso central de los huesos y la osteítis de forma neurálgica de Gosselin.

Lo interesante en este caso, es la restauración tan completa de las funciones y en particular de la extensión activa de la rodilla. El Dr. Berger los atribuye principalmente al hecho de suplirse en sus funciones los músculos vasto interno y externo y el recto anterior, que en este enfermo se hallaba en un estado de atrofia relativa. El amasamiento, la gimnasia metódica, la electrización precoz, han contribuído á obtener este feliz resultado.

Inyecciones cocaínicas lumbares en las parturientas.—El Dr. Guéniot: Los trabajos que sobre el particular han remitido Doleris, Malartic y Dupaigne, permiten afirmar lo siguiente:

1.° La inyección debajo de la aracnoides lumbar de un centígramo de cocaína en disolución al 1 por 100, produce una analgesia regional que se extiende á toda la parte del cuerpo, situada por debajo de una línea que pasa por el ombligo.

2.° Esta inyección, practicada en la mujer durante el parto, suprime el dolor que determinan las contracciones del útero y el debido al paso de la criatura; además, en vez de perturbar la marcha del trabajo, parece por el contrario que la acelera haciendo las contracciones más fuertes y regulares y provocando, en la parturienta (á causa de la analgesia) esfuerzos más enérgicos y prolongados.

3.° La influencia de la cocaína dura de cinco cuartos de hora á dos horas.

4.° La inyección practicada con todas las precauciones de una asepsia rigurosa y según una técnica extrictamente determinada, carece—al menos hasta ahora—de peligro alguno serio para la madre y para el hijo.

5.° En efecto, los únicos fenómenos tóxicos observados á consecuencia de la cocainización de la médula, son: calambres ó temblor ligero en los miembros, cefalalgia pasajera, vómitos sin gravedad y elevación ligera de la temperatura.

Pero esta práctica tiene contraindicaciones que pueden dividirse en generales y en especiales.

Las *generales*, son:

1.ª Existencia, en la parturienta, de una lesión del corazón ó de los vasos gruesos;

2.ª Afecciones crónicas de los órganos respiratorios;

3.ª Enfermedades de los centros nerviosos, en particular los tumores cerebrales;

4.ª Imposibilidad de practicar la inyección en condiciones de asepsia completa.

Las *especiales*, son:

1.ª La rapidez del trabajo del parto;

2.ª La frecuencia y energía de las contracciones del útero, ó el estado de tensión exagerada de este órgano;

3.ª La necesidad de una intervención manual en la cavidad de la matriz (versión por maniobras internas, alumbramiento artificial, etc.).

Las indicaciones pueden resumirse así:

1.ª Las operaciones obstétricas que exigen el empleo de la anestesia, ex-

cepto las que pueden necesitar la introducción de la mano en la cavidad uterina;

2.ª El dolor excesivo que determina á veces el parto;

3.ª La lentitud exagerada del trabajo á causa de la debilidad é irregularidad de las contracciones;

4.ª Finalmente, la tendencia á las hemorragias de cualquier forma (inercia uterina, inserción viciosa de la placenta).

¿Es necesario hacer indoloro por completo el parto? Tal es el objeto del Dr. Doleris. No apruebo esta práctica para el parto simple, porque no está en él indicado el empleo de la cocaína.

Epidemia de peste en Beyrouth (1900).—El Dr. H. de Brun (de Beyrouth): La observación de los enfermos permite afirmar la eficacia del suero de Yersin.

Según el Instituto Pasteur, las inyecciones deben ser de 10 á 20 cc. Esta dosis puede elevarse con ventaja, porque jamás hemos hecho una inyección menor de 40 cc., sin observar accidente ni molestia alguna. Conviene recordar que uno de los enfermos tenía once años.

La enfermedad fué importada, al parecer, por sacos de azúcar procedentes de Alejandría.

Me parece que no fué contagiosa. Es probable que los enfermos se infectaran á la vez y que ninguno de ellos comunicara la enfermedad á los demás.

Lo que es indudable para Beyrouth, lo es también para Esmirna y Alejandría, donde la enfermedad, según dice la Comisión encargada de estudiarla «se presentó rápidamente en muchos puntos sin necesidad de vehículo humano». Además, ¿es propio de una enfermedad contagiosa atacar solo á cinco personas en una población de 125.000 almas como Beyrouth?

Si insisto sobre el carácter ligeramente contagioso de la peste bubónica, tal como le hemos observado, es, primero porque he visto los efectos desastrosos de un terror indescriptible, terror infundado debido á la idea de que la peste es una enfermedad terriblemente contagiosa, y segundo, porque me parece necesario diferenciar desde el punto de vista de la transmisibilidad, la peste exclusivamente bubónica, de la peste de forma pneumónica. La primera, á veces ligera en su expresión clínica, suele ser muy poco transmisible, y la segunda, por el contrario, casi siempre gravísima, es muy contagiosa á causa de la abundancia de los bacilos de Yersin en los esputos.

Si se hubiera hecho esta distinción, se hubieran evitado á Beyrouth y á otras poblaciones muchas medidas inútiles y vejatorias. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 16 *de Enero de* 1901.

Fractura de la base del cráneo; encefalo-meningitis; trepanación doble; curación. — El Dr. Poirier: El enfermo que presenté en la sesión anterior, había caído de un sitio bastante elevado, á pesar de lo cual, pudo levantarse y volver en sí, pero en cuanto subió la escalera, perdió el conocimiento y tuvo una hemorragia por la boca y por la nariz. A los dos días presentaba una

equimosis subconjuntival que se extendía á los párpados y, á pesar de estos accidentes, el enfermo intentó volver á su trabajo, pero se vió obligado á retirarse, y por la noche tuvo dolores de cabeza y delirio. Al otro día se le condujo al hospital y entonces presentaba los síntomas siguientes : una equimosis de los dos párpados en forma de lentes, coágulos en las fosas nasales, una gran agitación con obtusión de la inteligencia, las pupilas dilatadas, los reflejos algo exagerados, 60 pulsaciones y temperatura de 39°. En una palabra, parecía que su padecimiento era una encefalo-meningitis, debida á una fractura probable del cráneo. No habiéndose obtenido ninguna mejoría al día siguiente, después de una inyección de cocaína en la región lumbar, mis internos Prate y Roche (puesto que yo no pude intervenir por haber operado una apendicitis por la mañana), le practicaron en cada lado por encima del oído una vasta trepanación. Con las tijeras y los mazos funcionando simultáneamente en la derecha y en la izquierda, se levantó una tira ósea de 5 por 4 centímetros. La dura madre congestionada fué incindida y dió salida á una cantidad notable de un líquido pegajoso, de la misma naturaleza que el que ya nos había dado la punción lumbar ; se introdujeron en las heridas dos tubos de desagüe de 10 y 12 centímetros de longitud y se aplicó el apósito. Desde el día siguiente por la mañana, la temperatura bajó á 38° y al cuarto día á 37°, mientras los otros accidentes desaparecían ; poco á poco fueron retirados los desagües y el enfermo curó sin incidente ; el examen del líquido demostró que contenía estafilococus blancos y dorados.

La radiografía en la investigación de las balas intra-craneales. — El doctor Tuffier : Nos ha comunicado el Dr. Mauclaire, dos observaciones que demuestran la utilidad de la radiografía en la investigación de las balas intracraneales. Por mi parte he empleado la radiografía en muchos casos de proyectiles que han quedado fuera del cráneo ó que han penetrado en la cavidad. En cuanto á los primeros he visto á una mujer que se disparó cinco tiros de revólver y una de las balas quedó enclavada, sin que se pudiera fijar su localización. Con el aparato de Contremoulins se reconoció que estaba situada en la cara posterior del maxilar superior, y sirviéndome de este aparato como guía, pude extraerle fácilmente por una incisión lateral. En otro caso en que el enfermo decía que sólo se había disparado un tiro en la fosa temporal derecha y que operé al quinto día, la radiografía reveló la existencia de dos proyectiles, uno en la cara externa del temporal derecho y el otro en la parte media del hemisferio izquierdo, pero estos dos proyectiles como ya lo indicó la misma radiografía, no eran más que dos fragmentos de la misma bala. Ensanché la herida temporal en la derecha, trepané en la izquierda y extraje los dos fragmentos. Aún he visto otro enfermo en que la bala había penetrado por la mejilla hasta el cráneo y determinaba accidentes de supuración ; por la radiografía se vió que estaba situada cerca de la apófisis pterigoides de donde la extraje, incindiendo la parte superior del velo del paladar. En cuanto á los proyectiles intra-craneales, he tenido ocasión de intervenir cinco veces, y en estos casos también he podido reconocer la bondad del aparato de Contremoulins, cuyo procedimiento es muy superior á los demás métodos de exploración, como el Dr. Mauclaire ha hecho resaltar, exponiendo 31 casos de exploración con éxito perfecto en 28 enfermos.

El Dr. Michaux : Un hecho me permite confirmar lo que se acaba de decir. Un sujeto se disparó un tiro de revólver y, después de una mala prueba radiográfica, se creyó que la bala estaba situada en el fondo de la órbita izquierda ; la busqué en vano, cuando cinco meses más tarde, con el aparato de Contremoulins, se vió que el proyectil estaba alojado en la parte posterior de la órbita del lado derecho ; esta bala de 11 milímetros, fué fácilmente extraída.

Heridas penetrantes del abdomen.—El Dr. Rochard : Esta memoria que nos ha sido enviada por el Dr. Auvray contiene la relación de seis casos de heridas penetrantes del abdomen. Los tres primeros nos han sido anteriormente comunicados, y por lo tanto, no me ocuparé más que de los tres últimos. El primero de éstos se refiere á un hombre que se le disparó un revólver y le penetró la bala en el vientre ; hecha la laparotomía catorce horas después del accidente, se vió que había una peritonitis séptica y cuatro perforaciones intestinales que fueron suturadas ; á pesar de esta intervención el herido sucumbió. Los otros dos casos se refieren á heridas por arma cortante. En uno la herida estaba situada por encima y á la derecha del ombligo ; se practicó la abertura del vientre lateralmente, se ligó una arteria epiplóica que sangraba y no se encontró ninguna lesión intestinal ; el enfermo curó. En el segundo caso la herida interesaba el pecho y el abdomen ; el cuchillo había penetrado en el octavo espacio intercostal izquierdo, por donde salía una masa epiplóica. Al principio fué reducido el eplipoón y en este momento se produjo un pneumotórax ; la laparotomía lateral que se practicó después, permitió suturar el diafragma y una herida doble del colon transverso ; el enfermo curó.

La cuestión, en estas heridas penetrantes, de examinar todo el intestino ha sido estudiada, hace algunos años, por el Dr. Chaput que se pronunció por este examen en las heridas por arma de fuego y por arma blanca. En dicha época sostuve que, en presencia de una herida por instrumento cortante, estaba indicado algunas veces limitar dicho examen á la región interesada. Algunos hechos recientes de Morastin, en particular, y la observación de Auvray, también hablan en favor de este modo de obrar. En las heridas transpleurales se conoce la dificultad de ir á suturar el diafragma ; por esta razón Auvray ha propuesto atacar el séptimo, el octavo, el noveno y el décimo cartílagos costales para abrirse espacio, pero este es un procedimiento que sólo ha sido experimentado en el cadáver. Es preferible la vía transpleural al método que consiste en alcanzar el diafragma por una laparotomía lateral, la cual siempre molesta á las vísceras vecinas. En cuanto al pneumotórax, creo que no debe preocupar puesto que se absorbe como lo prueban los hechos clínicos y los experimentales.

El Dr. Walther : Hace ocho años fuí llamado para ver á un hombre que había recibido una cuchillada en los últimos espacios intercostales izquierdos ; el epiploón salía por esta vía y cubría el tórax ; ensanché la herida y después de reducir el epiploón alcancé fácilmente el diafragma, en el que coloqué una serie de suturas evitando el pneumotórax.

El Dr. Tuffier : En las heridas por arma blanca puede no ser necesario el examen de todo el intestino y esto es lo que he hecho en un hombre cuya herida estaba situada en el hipocondrio izquierdo. Hice la laparotomía so-

bre la herida y aunque había ya en el peritoneo líquido sero-purulento, no ví alrededor de la herida ni lesión intestinal ni lesión de otros órganos; por esta razón no creí necesario examinar todo el intestino y mi enfermo ha curado sin incidente. El líquido peritoneal, examinado después, no contenía colibacilos, sino simplemente estafilococus blancos y dorados.

El Dr. Delorme: Como el Dr. Rochard, creo que es preferible seguir la vía transpleural, puesto que por el vientre los órganos vecinos dificultan las maniobras. Para mí, creo que es necesario resecar la sexta ó séptima costilla; de este modo no se acerca demasiado al reborde condrocostal ni se defiende mucho, lo que permite evitar las inserciones del diafragma.

El Dr. Chaput: No he dicho de un modo absoluto que fuera necesario examinar todo el intestino en todos los casos. La conducta ha de variar según la dirección de la herida que puede hacer presumir que el intestino está intacto ó herido. En cuanto á la perforación del diafragma he podido practicar la sutura por la herida en un caso en que ésta estaba situada en los últimos espacios intercostales.

El Dr. Poirier: Nos ha dicho el Dr. Tuffier que en su operado, el líquido peritoneal no contenía colibacilos. Con este motivo diré que la ausencia de estos gérmenes no siempre es una prueba de la integridad del intestino, y que no habiendo sido conocido el examen de dicho líquido hasta las veinticuatro horas, la septicemia en este tiempo podía haber llegado á ser funesta. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 8 *de Enero de* 1901.

Pneumonía de bacilos de Eberth. — El Dr. Tollemer: Durante la convalecencia de una fiebre tifoidea, cuyo diagnóstico fué comprobado por la seroreacción de Widal, tuvo un niño disnea y dolor de costado, pero sin elevación de la temperatura. Mas al cuarto día la fiebre se elevó á 39°,3, á la vez que se presentaron todos los signos físicos de una pneumonía lobular derecha. La defervescencia se produjo al séptimo día y el enfermo curó. El examen bacteriológico de los esputos, demostró la presencia de algunos estreptococos poco virulentos y de gran número de bacilos de Eberth. No había pneumococos. Un ratón inoculado con los esputos, murió. Creo que en este caso se trataba de una pneumonía de bacilos de Eberth.

Epilepsia jacksoniana y hemoglobinuria paroxística heredo-sifilíticas. — El Dr. Legendre: He observado dos casos en los que el tratamiento antisifilítico produjo efectos excelentes.

En el primero se trataba de una niña de cinco meses, nacida prematuramente, heredo-sifilítica. Un día empezó á padecer epilepsia jacksoniana, con accesos casi subintrantes, y la situación se hizo grave. Prescribí las fricciones mercuriales á la dosis de 2 gramos diarios, y el ioduro potásico al interior. Durante los ocho días primeros este tratamiento no produjo efecto alguno, después la niña principió á mejorar y al fin curó por completo.

La segunda enferma era una niña de seis años, heredo-sifilítica, que fué sometida al tratamiento específico poco después de nacer. Se desarrolló bastante bien, pero á los seis años empezó á padecer hemoglobinuria paroxística con accesos que iban acompañados de palidez, de náuseas y de escalofríos. El tratamiento antisifilítico hizo desaparecer la hemoglobinuria que no volvió á presentarse aunque se expuso la niña al frío.

El signo de Comby en el sarampión. — El Dr. Comby: En la sesión última, el Dr. Guinon ha referido un caso de eritema sarampioniforme seroterápico que fué acompañado de la lesión gingival, con cenefa pultácea, que consideró como un excelente signo del sarampión antes del período eruptivo. No pretendo que este signo sea patognomónico en absoluto del sarampión. Le he observado en la escarlatina, en la grippe y en las paperas. Además, no he podido observarle en un caso indudable de sarampión. Pero estos casos son excepcionales por completo, y el signo de que se trata es importantísimo para diagnosticar el sarampión antes del período eruptivo.

Corea con soplo extracardíaco. — El Dr. Variot: Presento una joven de trece años en la que después de la corea noté un soplo sistólico fuerte que se propagaba por la axila. Este soplo es extracardíaco, porque disminuye durante la inspiración, se modifica con los cambios de posición y no va acompañado de modificación alguna del volumen del corazón según demuestra el examen radioscópico. Además, no se observa trastorno funcional alguno.

El Dr. Guinon: Estos soplos extracardíacos fuertes, son frecuentes en la enfermedad de Basedow.

El Dr. Sevestre: He observado un caso análogo al del Dr. Variot. El soplo desapareció después de varios años. — F. Toledo.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE PARÍS

Sesión del día 17 *de Enero de* 1901.

Distocia por quiste hidatídico de la excavación pelviana. — El Dr. Boissard: La enferma fué operada á los dieciocho años, por un quiste hidatídico del hígado. Un año después quedó embarazada, y el parto fué difícil. Durante su último embarazo se presentó en el Hospital Tenon. Al reconocerla, se encontró la excavación pelviana completamente llena por un tumor fluctuante. La punción con el trócar no dió salida á líquido alguno; se incindió el fondo de saco posterior, y esta abertura permitió evacuar un gran número de bolsas hidatídicas. La enferma salió del Hospital sin consultar con el cirujano. El año último nuevo embarazo y nuevas dificultades para el parto. El tumor se había reproducido y llenaba de nuevo la excavación. Se incindió extensamente el fondo de saco posterior, lo que permitió vaciar la bolsa. El quiste había supurado, pero se obtuvo la curación por la marsupialización y el taponamiento de la cavidad.

Cinco operaciones cesáreas. — El Dr. Fournier (de Amiens): He practicado cinco veces la operación cesárea en mujeres que tenían estrecheces pelvianas de 7 centímetros y medio á 8 y medio. Las cinco operadas curaron.

Llamo la atención sobre un procedimiento operatorio que consiste en desprender completamente el huevo antes de abrirle. Incididas la pared abdominal y la cavidad uterina, paso la mano entre las membranas y el útero y desprendo el huevo por completo. Le pongo en manos de un ayudante, que le abre sobre una mesa inmediata y extrae la criatura. Este procedimiento impide la penetración del líquido amniótico en la cavidad peritoneal. No he observado complicación operatoria alguna en mis cinco casos.

Ectopia faríngea de la lengua. — El Dr. Fabre (de Lion): He observado un niño que murió de asfixia á las pocas horas de nacer. Este niño tenía atrofia grandísima del maxilar inferior. Abriendo la boca, se observó que la lengua no sobresalía del istmo de las fauces. Este órgano se hallaba rechazado hacia atrás y comprimía con fuerza el orificio laríngeo. Dicha anomalía, rarísima, termina siempre por la muerte. En un caso se consiguió hacer vivir al niño incindiendo la mucosa del suelo de la boca alrededor de la lengua y atrayendo hacia afuera este órgano.

Gangrena pleuro-pulmonar consecutiva á la infección uterina por retención de los loquios. — El Dr. C. Jeannin: Una primípara de veinte años, de buena salud, dió á luz en el Hospital de la Caridad un niño vivo y de término. El parto fué normal; al tercer día, la enferma tuvo fiebre y se hizo el raspado del útero; los síntomas locales purulentos mejoraron, sobre todo cuando se enderezó la matriz, que se hallaba en anteversión marcada, lo que impedía la salida de los loquios. A pesar de esto, la fiebre persistió, y á los siete días la enferma se quejó de dolor en el costado izquierdo, en la base del pulmón; fué el síntoma inicial de una pleuresía pútrida, que produjo la muerte á los veintiún días. El examen del líquido uterino y pleuro-pulmonar demostró la presencia de numerosos gérmenes anaerobios sin aerobio alguno. Se trataba, por lo tanto, de una infección gangrenosa de origen uterino. Dadas las condiciones en que se efectuó el parto, todo induce á creer que hubo «auto-infección» ascendente.

Investigaciones sobre la crioscopia del líquido amniótico. — El Dr. Keim: La crioscopia del líquido amniótico ha sido poco estudiada. J. Veit es el único que ha hecho algunas investigaciones sobre los cambios osmóticos entre la madre y el hijo. He hecho la crioscopia comparada del líquido amniótico, de la sangre de la madre y del feto y de sus orinas. En la mujer de término Δ de la sangre materna está disminuída por término medio $= -0'507$; Δ de la sangre fetal $= -0'521$. Estos resultados confirman las investigaciones químicas que han demostrado la dilución en la sangre materna al fin del embarazo. La orina de la madre tiene Δ por término medio $= -2'035$ (quizá en relación con el exceso de cloruro); la del feto $-0'22$; Δ del líquido amniótico osciló entre $0'424$ y $-0'51$, por término medio, $-0'477$. Es, por lo tanto, hipotónico en relación al suero sanguíneo de la madre y al del feto.

Es verosímil, por lo tanto, que á fines del embarazo el suero sanguíneo se absorba, según había demostrado la experimentación (Gusserow, Bar). Si obra en el feto como líquido conservador de los elementos celulares, esta influencia es indirecta. Según ha demostrado Brugmans, pasa á los linfáticos cutáneos del feto y suministra á la sangre las partes acuosas de que carece, favoreciendo así los cambios feto-maternos en el término del embara-

zo. Su composición es favorable para esto, porque en estado normal contiene en dicho período 5 á 6 gramos de cloruro sódico, substancia la más difusible. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del día 9 de Noviembre de 1900.

Hernia abdominal curiosa.—El Dr. Saniter presenta á una mujer que lleva una hernia abdominal del volumen de una cabeza de hombre, consecutiva á la laparotomía y cuyo orificio, situado inmediatamente por encima de la sínfisis, tiene más de un decímetro de diámetro; encima de esta hernia hay otra fácilmente reponible, del volumen de un huevo de oca y cuyo orificio tiene las dimensiones de un duro. El fenómeno se explica admitiendo que por el primer orificio herniario situado en la aponeurosis principal, se prolapsó la tenue fascia transversal adherida al peritoneo, dando lugar á la formación del segundo orificio herniario, por el cual pasó un saco peritoneal. La afección se remonta á una laparotomía practicada en 1884 por Schröder con motivo de una preñez extrauterina de nueve meses; el saco fetal fué incluído en la incisión abdominal y se estableció el desagüe. La placenta tardó cuatro semanas en eliminarse por supuración; dos años más tarde había una hernia como un puño y una fístula de la cual salía sangre á cada menstruación. La fístula fué remediada de un modo permanente en 1886, mediante una segunda laparotomía, pero la hernia se reprodujo porque entonces no se atribuía aún gran importancia á la reunión exacta de la apóneurosis. Se va á intentar la operación radical de la hernia enorme que ahora apenas se deja reponer.

Laparotomía con incisión transversal. — El Dr. P. Strassmann, presenta á tres laparotomizadas operadas según el procedimiento de Küstner-Pfannenstiel. En el pliegue suprapubiano, en el linde del pelo se hace una incisión transversal, se levanta el colgajo cutáneo-adiposo con un dedo envuelto en gasa iodoformada y las demás capas se dividen verticalmente en la línea blanca ó al lado de la misma. La sutura se hace con tandas continuas de catgut para el peritoneo, los músculos y la aponeurosis. La piel se reune con seda, en las obesas por encima de una tira de gasa iodoformada partida en la parte media y que se saca por los extremos. La herida se cura por primera intención; las tiras se extraen gradualmente al tercero, quinto y séptimo día; hasta el noveno hay alguna secreción por los ángulos; las sedas se quitan al décimo día. En las operadas hasta ahora no se ha formado hernia, pues la incisión longitudinal se halla protegida por la piel intacta y la incisión cutánea por los músculos subyacentes; por regla general es supérflua la faja abdominal. Durante la operación es fácil la inspección de la pelvis.

Carcinoma primitivo del cuerpo uterino.—El Dr. Lehmann dice que, si bien el capítulo de la estructura microscópica de los carcinomas primitivos del útero queda terminado en sus rasgos generales, no es sin embargo supérfluo presentar algunas explicaciones sobre la anatomía de ciertas formas de transición entre los tipos establecidos.

Una mujer de cincuenta y seis años de edad, y seis de menopausia, se queja de metrorragias desde hace varios meses. El legrado exploratorio revela carcinoma, la exploración bimanual hace encontrar un mioma como un huevo de oca en la pared anterior. Se hace la extirpación total por la vagina con gran dificultad y á beneficio de una larga incisión vagino-perineal izquierda. La convalecencia sin novedad. Con respecto á los fenómenos clínicos no resultó una malignidad especial de los carcinomas de epitelio plano á los cuales el tumor parece pertenecer. La dificultad frecuente de la operación depende de la presencia simultánea de miomas, de tratarse de nulíparas y vírgenes y de hallarse el útero abultado por el tumor. La preparación anatómica demuestra que el carcinoma se desarrolló en la pared posterior, enfrente del mioma de la anterior y probablemente provocado por la presión ejercida por el mioma. La investigación microscópica hace descubrir en el epitelio superficial unas alteraciones que indican carcinoma incipiente: la formación de varias capas de papilas que penetran en la capa muscular, de prominencias en la cavidad uterina á modo de botones ó vellosidades; las escasas glándulas tienen aspecto normal, sin nada que haga sospechar que el carcinoma parta de ellas.

En vista de esto, se considera la neoplasia como un tumor procedente exclusivamente del epitelio superficial, por más que tenga menos elementos de epitelio plano que formas polipo-vellosas, adenomatosas, adenocarcinomatosas y carcinomatosas puras, de modo que por la simple figura podría formularse el diagnóstico del adenocarcinoma desarrollado simultáneamente con carcinoma de epitelio plano y un adenoma maligno.

Para la clasificación de los carcinomas uterinos, resulta pues, preferible atenerse consecuentemente al punto de vista histológico. Entonces la mayoría de los carcinomas descritos como dobles, se presentan como carcinomas que partiendo de una sola matriz ofrecen en las células que los componen, solamente procesos muy metaplásticos.

En las preparaciones presentadas se ven en gran abundancia y esplendidez las llamadas «inclusiones celulares».

El Dr. Gerbhard duda que en las preparaciones presentadas se trate de cáncer epitelial plano, faltando, sobre todo, las características perlas cancroides. Probablemente se trata de un adenocarcinoma común del cuerpo uterino.—(*Centralblatt für Gynäkologie*).—G. Sentiñón.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 21 *de Diciembre de* 1900.

Acción curativa de la hiperemia local producida por el calor, en los procesos ulcerosos, infecciosos y crónicos. — El Dr. Ullmann: Las observaciones que he hecho, se refieren en su mayoría á las afecciones venéreas ó sifilíticas de la piel del aparato genital femenino, así como también á la infiltración específica de los músculos, del periostio y de los aparatos articulares. También he realizado estudios análogos en casos de adenitis inguinales que se habían

hecho ulcerosas, de exulceraciones infecciosas de naturaleza no venérea, de procesos ulcerosos de origen vulgar, pero muy rebeldes y existentes en distintas partes del tronco, de la región circun-anal, y de las extremidades, de forúnculos ulcerosos, panadizos, etc.

El principio fundamental del tratamiento á que nos estamos refiriendo, consiste en primer término en el aniquilamiento directo de las bacterias patógenas en la superficie ulcerosa y en los mismos tejidos, el cual se consigue por medio del calor propagado por conductibilidad, aunque es indudable que aun en las capas más profundas del tejido enfermo, se debe producir cierto grado de hiperemia artificial.

La escasa reacción que con este procedimiento se observa en los bordes y en el fondo de la herida, es una prueba, á mi juicio, de que en estos casos la hiperemia sólo desempeña un papel muy secundario. El procedimiento habría de preferirse á todos los demás, como directamente bactericida, no doloroso y conservador, siempre que la localización de la úlcera permitiera aplicarlo, si no fuese porque se opone desde luego al tratamiento ambulatorio que tan conveniente habría de ser en los casos de este género.

Desde hace un año próximamente, me vengo sirviendo también del calor transmitido por conducción para el tratamiento de las úlceras venéreas ó de otra naturaleza, por medio de la hiperemia artificial de la región cutánea respectiva, empleando con tal objeto las conocidas cajas de aire caliente, que modifiqué en parte, á fin de adaptarlas á cada caso particular. En un principio recurrí á las cajas de aire caliente, según el principio de Krause; más tarde me valí de las construídas con arreglo al principio del aire caliente y seco, según lo propone Reitter. En estos últimos tiempos, también he usado en algunos casos y con buen resultado, las cajas de calefacción de Bier, más antiguas y también más sencillas. Para el tratamiento de los órganos genitales masculinos, he hecho construir un aparato especial.

En todos los aparatos á que estamos haciendo referencia, lo que importa es que, hallándose el enfermo en la actitud más cómoda que sea posible, se someta la parte respectiva del cuerpo durante mucho tiempo (de tres cuartos de hora á una hora), á temperaturas de diferente elevación (de 80° á 100°), sin que por ello se dañe á la epidermis; pues de lo contrario se disminuiría la resistencia de ésta, y quizá se colocaría á las células epidérmicas en condiciones de que sea invadida por bacterias que todavía no se han hecho completamente avirulentas. Con este tratamiento no se produce una elevación apreciable en la temperatura de la parte del cuerpo á que se aplica el calor, ni tampoco en la general de todo el organismo. En cambio es frecuente que se presente una diaforesis general, y esto hasta en casos en que, hallándose bien cubierto todo el cuerpo y colocado el sujeto en una habitación de temperatura agradable, sólo una pequeña parte del mismo es la que se había sometido á la acción del calor.

Aunque el procedimiento es muy poco peligroso en sí mismo, entiendo que no está completamente exento de peligros. Cuando se trata, sobre todo, de sujetos de cierta edad ó de enfermos de la médula espinal ó del sistema nervioso en general, se debe examinar previamente la sensibilidad general y térmica de las zonas cutáneas respectivas, puesto que si están disminuídas la una ó la otra, es muy fácil que se produzcan quemaduras. Como quiera

que para que el organismo pueda defenderse contra el peligro de la quemadura, es preciso que el aire se mantenga seco, ó lo que es lo mismo, lo menos saturado posible de vapor acuoso, hay que prestar una atención especial á este punto, muy especialmente en el tratamiento de las úlceras, puesto que el sedimento húmedo diluye el suero que trasuda en su superficie y la secreción de la úlcera, y la hace inactiva; además de esto, la piel húmeda está más predispuesta que la seca á sufrir quemaduras. Cuanto más seco es el aire, tanto más elevadas son las temperaturas que tolera la piel; pero con el aumento de la temperatura se acentúa á su vez la excitación que experimentan los vasos, y con ello la intensidad de los efectos que se obtienen con el procedimiento en su conjunto.

Todas las partes se deben envolver con mucho cuidado en algodón en rama, excepto la que se va á someter al tratamiento y las más inmediatas al mismo. El grado hasta donde se ha de llegar en la calefacción, se ajustará en cada caso concreto á la sensación subjetiva que experimente el enfermo. El procedimiento en sí mismo no ocasiona dolor alguno, y en las superficies cruentas produce hasta una sensación agradable en la mayor parte de los casos; conviene, sobre todo, comenzar con temperaturas que no excedan de 80 centígrados, y es preferible ir aumentando después gradualmente, hasta llegar á 90, 100, y en algunos casos hasta 150.

El aspecto que toman las superficies ulcerosas, varía según la naturaleza, duración y agudeza del proceso, y también según la localización y dimensiones del mismo. Algunas úlceras, v. gr., las venéreas de gran tamaño, bajo la acción del calor seco, pierden al cabo de una hora de estar sometidas á temperaturas de 90 á 130°, su aspecto típico; los bordes de dichas úlceras, cortados á pico, dentellados y rodeados de una orla roja estrecha y característica, se vuelven gruesos, edematosos y de aspecto tosco. La orla marcadamente circunscrita es sustituída por una rubicundez difusa; las exudaciones purulentas lardáceas y muy adherentes adquieren un aspecto seroso y se desprenden con facilidad; el mismo fondo de la úlcera se pone también edematoso hasta elevarse por encima del nivel de la piel. Sin embargo, el aspecto primitivo reaparece parcialmente en los primeros días, después de varias horas, al mismo tiempo que retrocede el edema. La transformación de la úlcera en una superficie granulosa y limpia, se verifica generalmente en el curso de cuatro á siete días, mediante la aplicación del tratamiento, al principio por dos veces, y más tarde por una sola; las úlceras localizadas en el tejido del glande, han sido generalmente las más rebeldes, debido esto, sin duda alguna, á que el tejido elástico de dicha parte no se presta bien á la formación de un edema abundante. Por lo demás, las úlceras venéreas típicas y muy virulentas, son precisamente las que más se resisten á veces á la hiperemia activa que se obtiene por medio de este método. De 21 casos se curaron 18, en un plazo que varió entre cinco y veinticuatro días, sin emplear ningún otro tratamiento. En cambio, en tres casos la rebeldía de la úlcera obligó á apelar á la cucharilla cortante, al empleo del iodoformo, etc., hasta conseguir el fin propuesto. Es evidente que las úlceras que existen por dentro del saco prepucial fimósico habrán de ser puestas previamente al descubierto, para lo cual se practicará la circuncisión ó una amplia incisión dorsal. De esta manera

se consiguió en algunos casos una curación sorprendente por lo rápida.

Mientras se emplean estos procedimientos, el mejor material de cura que se puede usar, es gasas secas, simples y polvos de acción poco enérgica (dermatol).

Entre los muchos cientos de casos en que empleé el tratamiento con el aire caliente, en ninguno de ellos he observado contratiempo alguno subjetivo ni objetivo; sin embargo, he de llamar la atención sobre la posibilidad de que se produzcan ligeros movimientos febriles. Cuando se emplea por mucho tiempo el tratamiento con el aire caliente, y sobre todo en los casos de úlceras de las piernas y en aquellos en que se trata de extremidades inferiores ya afectadas de trastornos circulatorios, se desarrollan edemas, pero estos vuelven á desaparecer más tarde, según he podido observar en los casos de mi observación personal. En algunos, después de interrumpir el procedimiento, hice aplicar á las zonas cutáneas respectivas, fomentos y duchas frías repetidos muy á menudo, para acelerar el proceso curativo. Ciertas localizaciones de las úlceras, v. gr., por dentro y por debajo del esfínter del ano, y en el interior de la vagina, dificultan sin duda alguna el empleo de este medio terapéutico, y hacen que no sea práctico ó que resulte poco eficaz, sin que por ello puedan considerarse como una contraindicación del mismo. Ulteriores observaciones nos habrán de enseñar hasta qué punto son influídas de un modo favorable ó desfavorable por el procedimiento en cuestión las necrosis, la gangrena y la difteria de las heridas. — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de las hemorragias bronquiales por el suero gelatinizado. — En la Sociedad Médica de Nancy, ha indicado el Dr. J. Démange los resultados obtenidos en tres enfermos de hemorragias bronquiales con bronquiectasia. Uno de estos enfermos, á consecuencia de la pérdida de sangre, se hallaba en un estado de caquexia profunda. El tratamiento consistió en inyectar cada dos días 50 cent. cúb. de suero gelatinizado al 5 por 100 y esterilizado. La dosis fué perfectamente soportada y el éxito completo, porque la hemorragia no ha vuelto á reproducirse. Para favorecer la acción del medicamento, es necesario que el enfermo permanezca tranquilo en cama y que el régimen alimenticio sea ligero. El mejor es el régimen lácteo.

(*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*). — F. Toledo.

Cocainización de la médula para obtener la anestesia. — En la reunión celebrada por la Sociedad Médica del Valle del Missisipí, en octubre último, el Dr. Ardense refirió haber empleado el método á que alude el epígrafe, en seis casos que fueron respectivamente de extirpación de un testículo sarcomatoso, de operación de várices de las piernas, de colporrafia, de desarticulación de un dedo del pié, de operación de una apendicitis supurada y de parto difícil con versión y aplicación subsiguiente del forceps. En el último caso, en vez de la cocaína, se empleó la eucaína, cuya disolución se

esteriliza mejor. En todos los casos fué completa la anestesia, pero en uno de ellos sobrevino inmediatamente después de la operación un colapso grave que se pudo hacer desaparecer con inyecciones de estricnina y de agua salada, y en un segundo caso se presentaron dolores de cabeza muy fuertes y que duraron mucho tiempo. El autor aconseja proceder con la mayor prudencia en el empleo de este procedimiento, el cual, en su opinión aun no se le conoce lo bastante en sus efectos para que pueda ser empleado por todo el mundo.

En igual sentido se expresó el Dr. Moyer. A su juicio, el peligro principal del método, más que en la posibilidad de la septicemia, consiste en la toxicidad de la cocaína. La eucaina es un tercio menos tóxica, pero también es menos eficaz como anestésico en la proporción de un medio.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. del Valle.

Aplicaciones locales de alcohol en la peritonitis. — El Dr. Sehrwald ha empleado tópicamente el alcohol en un enfermo de tuberculosis miliar que presentaba síntomas peritoneales. Aplicó sobre el abdomen compresas mojadas en alcohol rectificado y sobre ellas otras mojadas en agua para calmar el dolor que el alcohol produce y evitar la evaporación. El resultado fué inesperado. Los síntomas graves de la peritonitis desaparecieron y el enfermo se restableció. Dos meses después nuevo ataque de peritonitis que curó con el alcohol como la vez primera. El proceso tuberculoso continuó su marcha y produjo la muerte á los cuatro meses del primer ataque. A la autopsia no se descubrió rastro de peritonitis. Este tratamiento es eficaz también en los primeros períodos de la apendicitis.

(*Therapeut. Monatsh*).—F. Toledo.

La substancia suprarrenal en las afecciones cardíacas. — El Dr. S. Floersheim refiere los resultados que ha obtenido en enfermos de corazón administrando el polvo seco de substancia suprarrenal en cápsulas de á 3 decígramos cada una.

De sus observaciones y de las hechas por otros autores, deduce que la administración al interior de substancia suprarrenal, no influye en el corazón sano, ni tampoco en los casos de afección orgánica del mismo, en que el pulso se conserva normal; tampoco influye en la presión sanguínea fisiológica; en cambio regulariza el pulso intermitente, fortalece el débil y enrarece el frecuente. La anemia ó hiperemia locales de la cara ó de las extremidades, son sustituídas por el estado normal de las mismas, á causa de que el medicamento en cuestión vigoriza la acción cardíaca y de este modo regulariza la circulación sanguínea en todas las partes del cuerpo. El efecto de la substancia suprarrenal es puramente transitorio. La substancia ó el extracto de cápsula suprarrenal constituye el estimulante y tónico cardíaco más enérgico que poseemos: sólo ó combinado con otros medios y administrado de un modo regular, es capaz, como ninguno, de mejorar el estado general y de prevenir la aparición de la debilidad cardíaca.

(*New-York méd. Journ.*) — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA Á FINES DEL SIGLO XIX

POR

D. ALBERTO SUÁREZ DE MENDOZA

Profesor libre de enfermedades de las vías urinarias en la Facultad de Medicina de Madrid.

«La cirugía ha llegado en nuestros tiempos á un grado tal de perfección y de progreso, que poco podrán hacer por su adelanto las generaciones venideras». Así terminaba Dessault, el eximio Profesor del Hôtel-Dieu de París, una de aquellas brillantes lecciones de clínica quirúrgica, que tanto contribuyeron á su reputación y á su gloria, hacia fines del pasado siglo.

Cuadro poco halagüeño de aquella cirugía nos pinta Trélat, lejano y brillante sucesor de Dessault, al hacernos su historia, no hace aún muchos años: las más insignificantes operaciones, dice, la catarata, la ablación de una falange, la incisión de un absceso ó de un panadizo, podían ocasionar la muerte; las fracturas complicadas eran casi siempre fatales; las heridas de las serosas, sinoviales, articulares ó cavidades viscerales, inspiraban al cirujano un terror que lo paralizaba.

Los que no conocieron aquellos tiempos que hoy nos parecen prehistóricos, en vista de la inmensidad del espacio recorrido, tiempos que, sin embargo, vivieron todos los hombres de mi generación, los que olvidaron, ó no han conocido aquellas estadísticas, en que la mortalidad operatoria arrastraba á veces el 80 ó 90 por 100 de los operados, no pueden darse cuenta de lo que debe la humanidad á la cirugía del siglo fenecido.

La cirugía contemporánea no es la obra de una idea, no es la resultante de la aplicación de una teoría, ni del descubrimiento de un hombre, pues representa el producto del esfuerzo intelectual de va-

rias generaciones de cirujanos; y si es la cirugía de la antisepsia y de la asepsia, es también la cirugía de la anestesia y de la forcipresión, la cirugía de los conocimientos anatómicos precisos, de la instrucción quirúrgica profunda y completa, de la educación manual larga, esmerada y paciente, de la iniciación y documentación clínica prolija, magistral y autorizada.

Grande, inmenso es el espacio recorrido, pero es mucho más largo y dilatado el que nos queda aún por recorrer. Las operaciones quirúrgicas comportan hoy escasos riesgos; la mano del cirujano ya no mata al herir, pero es indudable que hiere á menudo, que hiere mucho, que hiere quizás demasiado y que la terapéutica quirúrgica no habrá llegado al término de su evolución, hasta el día que la intervención cruenta sólo desempeñe un papel accidental y secundario en sus dominios.

¿Por qué medios llegarán los cirujanos del porvenir á inmunizar el aparato sexual de la mujer contra las infecciones microbianas, inherentes á su función ó facilitadas por el puerperio? ¡Qué admirables progresos habrá realizado la higiene el día que les permita impedir á las materias orgánicas, como la colesterina, el ácido úrico, la cistina y otras, precipitarse y formar cálculos que hoy exigen para su curación una intervención cruenta!

La estátua de oro que ofrecía Nélaton al que librase la humanidad de la infección purulenta, ¿no será adjudicada con júbilo y justicia al que nos enseñe á curar el cáncer ó, mejor aún, á evitar su manifestación?

Tan lejos estamos de ese porvenir, como estaba Dessault de nuestro presente, y, sin embargo, el tiempo se ha encargado de demostrar que todo llega.

Comparar los éxitos presentes con los desastres del pasado, resulta, pues, tarea halagüeña que estimula é incita para no desmayar ante el esfuerzo aún necesario; comprobar los reveses, examinar sus causas, estudiar las condiciones en que se producen, es la única manera de no embriagarse con los éxitos obtenidos, ni dormirse sobre los laureles de una victoria aún sólo vislumbrada.

Un estudio de esta naturaleza resultaría obra de pura erudición si no tuviese por base y por apoyo la sanción de la práctica, la sanción de la clínica, supremo tribunal que juzga siempre sin apelación cuanto al arte de curar se refiere.

Partiendo de este principio, único que puede dar interés práctico á este trabajo, basaremos este estudio en los resultados obtenidos en

el tratamiento de las enfermedades á cuyo estudio nos dedicamos con especialidad, quedando forzosamente en la sombra la terapéutico de aquellas afecciones de los órganos genito-urinarios, que el azar de la práctica diaria no ha conducido á mi Clínica, durante estos tres últimos años, únicos á que deseo referirme, por representar el tiempo transcurrido desde mi regreso á España.

Como en la terapéutica de toda afección quirúrgica puede surgir en determinadas circunstancias la indicación operatoria; como la eficacia y benignidad de las intervenciones cruentas son la resultante de factores de índole diferente que concurren al mismo fin, forzoso será comenzar estudiando, para no incurrir en repeticiones, las condiciones y reglas á que obedecemos en todo lo referente á la parte operatoria de la terapéutica quirúrgica.

Tres son los grandes factores que aseguran la benignidad de las intervenciones quirúrgicas modernas y garantizan el éxito al cirujano que sabe aunarlos como es debido: el medio, la anestesia y la técnica.

MEDIO

Teóricamente, el medio debe ser aséptico; en la práctica, fuerza es conformarse con una asepsia relativa y clínicamente suficiente.

Grandes han sido las exageraciones en cuanto á lo que se refiere á la sala de operaciones y objetos en ella comprendidos; hubo un tiempo en que el níquel imperó de una manera absoluta, tiempo durante el cual, para sentar plaza de cirujano, fué indispensable, por lo menos en los países de origen latino, poseer algunos miles de duros que poder emplear en mesas, armarios, lavabos, irrigadores y otros aparatos niquelados. Esto es fácilmente explicable por la natural exageración de que todo neófito hace alarde en las prácticas de la nueva religión que abraza.

La generalidad de los cirujanos franceses, reacia á admitir la práctica de Lister, á pesar de los esfuerzos de Lucas Championnière, Poncet de Lyon y otros, durante los primeros tiempos de la nueva era, cayó en el exceso contrario, una vez convertida.

Era, sin embargo, fácil convencerse que si el exceso de níquel no puede ser perjudicial á la cirugía, ésta puede, sin inconveniente alguno, prescindir de él; bastaba para ello visitar el Algemeine Kran Kenhauss de Viena, y visitar y estudiar con detenimiento la Sala que con razón sobrada conservan los austriacos con gran veneración, en donde Billroth practicó la primera operación antiséptica,

la de su Clínica, en que su sucesor, el eminente profesor Gussenbauer, continúa las tradiciones del maestro, las Salas donde operan Albert (1), Chroback, Schauta y tantos otros. De aquellas Salas, cuya simplicidad de instalación llega al extremo, salieron los primeros austriacos operados por el nuevo método; allí encontró sanción clínica la doctrina inglesa; de allí salió la nueva palabra para difundirse por toda la Alemania; allí y en la Clínica de Volkman, radicó el inmenso adelanto que la cirugía alemana, á pesar de los generales esfuerzos, conserva aún sobre la cirugía del mundo entero.

Ya sea porque multitud de cirujanos de todos los países acuden á Alemania para aprender su arte ó perfeccionarse en él, ó ya porque un estudio cada día más amplio y detenido de las necesidades quirúrgicas reales haya reducido á su justo límite las antiguas exageraciones, el hecho es que hoy la cirugía conoce perfectamente la inutilidad de semejante decoración; yo conozco, como conocen todos los cirujanos que siguen con interés el movimiento científico, en lo que á la parte práctica de su arte se refiere, modernísimas Salas de operaciones creadas por jóvenes cirujanos, en las cuales todos los utensilios susceptibles de esta construcción, incluso la mesa de operaciones, son de madera, pintados con blanco de zinc y barnizados.

Esto no quiere decir que la era de las exageraciones haya concluido, pues para convencerse de lo contrario, basta leer la comunicación de Fenton Benedict Turck al último Congreso Internacional de París.

Pero dejando á un lado lo supérfluo ó inútil, diremos que una Sala de operaciones debe ser amplia, clara y fácil de mantener en un estado de limpieza absoluta. Una mesa de operaciones tan sencilla como sea posible, dos mesitas volantes para colocar los instrumentos, un lavamanos portátil, un irrigador y una silla para el cirujano, deben constituir todo el ajuar de la Sala, cuya temperatura ha de poder modificarse fácil y rápidamente, y de donde debe ser excluído severamente todo aparato capaz de viciar el aire con emanaciones de óxido de carbono.

Una mesa de operaciones de Pereire; una mesita porta-instrumentos de L. Championnière en hierro esmaltado, tal cual las construye

(1) Desde que estas palabras fueron escritas, la muerte ha arrebatado al mundo científico el profesor Albert, de Viena, el digno émulo de Billroth. Séanos permitido dedicar una palabra de admiración y gratitud á la memoria del clínico impecable, del operador incomparable, á cuya enseñanza debemos parte de nuestra educación científica.

Bedouet; una silla de hierro, y dos irrigadores murales en hierro esmaltado, de cinco litros de cabida, constituían el mobiliario de la Sala de operaciones en la cual he practicado en Francia todas las intervenciones quirúrgicas exigidas por una extensa clientela y una concurridísima Clínica que allí dirigí durante quince años.

Los receptáculos y aparatos en hierro esmaltado tienen la ventaja de poder ser esterilizados completa y rápidamente sin deterioro alguno, vertiendo en ellos un poco de alcohol absoluto ó de éter sulfúrico, y encendiéndolo.

En Madrid, desde que fuí nombrado cirujano de la Casa de Salud y convalecientes pobres de Nuestra Señora del Rosario, para las enfermedades de los órganos genito-urinarios, he practicado una gran parte de las operaciones que comprende esta estadística en la Sala de este benéfico establecimiento, con un ajuar, por lo menos tan sencillo como el que dejo indicado.

Mucho más importante que el local donde debe desarrollarse el acto operatorio es, en lo que á la asepsia atañe, todo aquello que en un momento dado de la operación ha de encontrarse directa ó indirectamente en contacto con el operado. La asepsia aquí ha de ser absoluta en todo lo posible: los instrumentos, el material de sutura, el material de cura, las sábanas, blusas y paños, y el agua que ha de utilizarse durante la operación, pueden y deben estar asépticos.

Hay dos elementos de importancia suma, cuya asepsia es imposible obtener: la piel del operado y las manos del operador. Puede obtenerse fácilmente la asepsia de los instrumentos por el calor, ya sea sometiéndolos á la ebullición, medio que considero desastroso para el instrumental y que, por lo tanto, no empleo, ya haciéndolos permanecer durante un par de horas en una estufa seca á 130°. La estufa de Poupinel, que utilizo hace largos años, me ha dado siempre completa satisfacción desde el doble punto de la asepsia y conservación de los instrumentos.

El material de sutura y de cura se encuentra completamente aséptico en el comercio; pero puede fácilmente esterilizarlo el cirujano por medio de uno de los mil aparatos que con este objeto le brinda la industria. Conviene hacer una salvedad, referente al catgut, pues hasta estos últimos años no conocíamos método alguno que permitiera responder de su asepsia absoluta; por fortuna, los hospitales de Burdeos, esterilizando el catgut por medio de los vapores de alcohol á alta temperatura, han subsanado esta deficiencia, y Adrian, estableciendo industrialmente este método de esterilización, ha pues-

to á la disposición de los cirujanos un material aséptico de toda confianza.

Cuando no dispongo de este material, hago esterilizar, por medio del vapor, todo el apósito, las gasas, los paños y sábanas. En cuanto á las suturas, someto la crin de Florencia y la seda á la ebullición, utilizando la estufa para la esterilización del catgut desengrasado por el éter, que incluyo en sobres cuidadosa y herméticamente cerrados después y sometidos durante cinco horas á una temperatura de 130°; estos sobres se abren en el momento preciso de utilizar la hebra que cada uno contiene, y cuyo grueso y longitud lleva inscritos.

Todos los cirujanos están de acuerdo en cuanto á la manera de poner el campo operatorio en cóndiciones de asepsia profiláctica. Una larga y escrupulosa limpieza con jabón y cepillo, inmediatamente seguida de un cuidadoso lavado con una solución de sublimado al 1 por 1000, son por lo general suficientes, aunque la mayor parte de los operadores hacen practicar inmediatamente después un ligero lavado con alcohol absoluto ó éter sulfúrico.

Si el acuerdo es casi unánime en lo tocante á la piel del enfermo, parte pasiva de la operación, no puede decirse lo mismo en lo que á la piel del operador, es decir, á sus manos, se refiere.

Las opiniones forman dos campos: en uno, además del lavado con jabón y cepillo durante cinco minutos, se emplean antisépticos diferentes en calidad y número según los operadores; algunos se contentan con el sublimado, otros con el permanganato de potasa, hay quien perfecciona el resultado, acudiendo al alcohol absoluto.

En el otro campo se tiene por suficiente una cuidadosa jabonadura, durante la cual se cepillan larga y minuciosamente las manos, aclarándolas después en agua esterilizada. Bazy, hace poco tiempo, después de impregnarse las manos en pus bien séptico y haberlas lavado con jabón y agua esterilizada, las introdujo en el vientre de un conejo, malaxando los intestinos y tocando todas las vísceras del animal, que curó rápidamente de su laparotomía; animado por este resultado, practicó una serie de laparotomías sin más precauciones que las indicadas, obteniendo tan buenos resultados como cuando recurría á prácticas más complicadas de antisepsia.

Schleich y otros, han hecho experimentos análogos, encontrando imitadores que conceptúan suficiente esta desinfección de las manos.

En primer lugar, advertiremos que sería necesario disponer de una estadística de algunos miles de operaciones para que ésta tu-

viera valor, pues un pequeño número de casos no prueba nada. Durante la época prelisteriana, cuando ni aun se lavaban bien las manos ni se sospechaba la causa de la infección de las heridas, muchos laparotomizados curaban, y la reunión por primera intención se observaba también algunas veces.

Así, pues, nada prueban los casos de Bazy y Schleich, sino que aun con manos sépticas pueden obtenerse resultados felices. Eso lo sabíamos hace mucho tiempo.

El año pasado comunicó Nèlaton á la Sociedad de Cirugía de París una observación interesantísima que, desde el punto de vista del asunto que nos preocupa, puede resumirse así:

Tres días después de haber ejecutado un legrado en un caso de tétanos puerperal, Nèlaton practicó, ó mejor dicho, creyó practicar, una operación aséptica; su enfermo murió de tétanos algunos días después. Ante una observación tan demostrativa, todo comentario me parece supérfluo.

Es, pues, indispensable, exagerar la antisepsia en cuanto á las manos se refiere y buscar sin tregua ni descanso el medio de ponerlas asépticas y de conservarlas en ese estado durante toda la operación.

Tocante á este punto, casi todo está aún por hacer.

Yo no creo que por mucho que se haga para poner las manos en buenas condiciones operatorias, pueda tacharse á nadie de exagerado. Por mi parte, si exagerados hay, pertenezco á este grupo.

En efecto; después de jabonarlas copiosamente y cepillarlas con minucioso cuidado en agua *tan caliente como pueda resistir*, las baño durante cinco minutos en una solución de permanganato de potasa al 2 por 100 y después de decolorarlas por medio del bisulfito de sosa á la misma dilución, las lavo en una disolución de sublimado al 1 por 1000, lavado que repito muchas veces durante la operación.

La cuestión de los guantes, á la orden del día en Alemania, no me parece aún suficientemente dilucidada, y por eso no he adoptado esta costumbre que hasta ahora me parece tener muchos inconvenientes, sin llegar al resultado apetecido: la asepsia de la mano.

ANESTESIA

La anestesia es, á mi entender, el más grande de todos los descubrimientos de que con razón se enorgullece el siglo XIX, constituyen-

do la mayor de las victorias que hasta ahora ha obtenido el hombre sobre la materia viva, aniquilando á su capricho la sensibilidad, la voluntad y el pensamiento, pudiendo anular el poder de todos los centros nerviosos, dejando el cuidado de la vida vegetativa, confiado enteramente al bulbo, que sólo en el tercer período de la anestesia vela por la existencia.

Gracias á la anestesia, ha podido transformarse la cirugía moderna al impulso de las teorías de Lister, cuyo nombre no separará la historia de los de Morton, Flourens y Simpson.

No es este el lugar de hacer un estudio detenido de los anestésicos, ni exponer las razones que me han hecho siempre preferir el cloroformo al éter; sin embargo, si he de manifestar mi opinión sobre este punto, me parece que hoy estos dos anestésicos no presentan diferencia alguna, desde el punto de vista práctico; en efecto, al cloroformo se le reprochaban con justicia las impurezas de su fabricación y la falta de precisión en las reglas que regían su administración. Hoy la industria nos proporciona cloroformo purísimo, y su administración se halla sometida á reglas de todos conocidas, cuya exacta observación reduciría á una cifra apenas apreciable los accidentes de su administración.

El éter, sobre cuya administración tengo una experiencia muy limitada, me parece llamado á ganar cada día más terreno, sobre todo desde que ví hace cinco ó seis años administrarlo en Alemania, *suprimiendo en absoluto el período de excitación.* El enfermo se duerme respirando los vapores de éter con un sueño dulce y apacible, sin que el color de su cara se altere, sin que su facies presente el más mínimo cambio. No recuerdo el nombre del autor de este método de eterización que he visto emplear un considerable número de veces en la Clínica del profesor Teodoro Landau, de Berlin, por el doctor Pick, *privat-docent* de aquella Universidad.

Siempre creí, y continúo creyendo, que las preferencias por el éter ó por el cloroformo son ante todo cuestión de escuela; los americanos del Norte y la Escuela lionesa son partidarios decididos del éter, los cirujanos ingleses y la Escuela de París defienden y emplean el cloroformo.

Discípulo de la Escuela de París, nada tiene de particular que mis preferencias sean para el anestésico que me enseñaron á manejar en mi adolescencia, y que he continuado empleando toda mi vida, no habiendo encontrado argumento ninguno de suficiente peso para incitarme á modificar mi práctica á pesar de haber ensayado casi

todos los anestésicos y mezclas anestésicas más usuales, un número de veces suficiente para formar juicio.

Siempre he creído, decía en mi Comunicación sobre la anestesia, hecha al *Congreso Hispano-Portugués de Cirugía*, celebrado en Madrid en 1898, que tratándose de productos químicamente puros, no son los anestésicos los que producen accidentes, sino el modo de administrarlos. Hablo sobre todo del cloroformo, del éter, del bromuro de etilo y del bicloruro de metileno, que son los que más comunmente he empleado, como también de las diferentes mezclas de alcohol, éter, éter de petróleo y cloroformo, que llevan los nombres de Billroth, Schauta, Nussbaum, Trélat, Fornet y otros.

No me han inquietado nunca ni han influído para nada en mis determinaciones, las pequeñas perturbaciones circulatorias, motrices ó respiratorias del primer período; el objetivo de mis preocupaciones han sido siempre esos accidentes terribles caracterizados por la suspensión de la circulación y la respiración, descritos con el nombre de síncope, muerte aparente ó schok inicial, y que suelen ser, como he tenido ocasión de comprobar algunas veces, los precursores de la muerte real.

Ni es oportuno, ni tengo la necesaria competencia para abordar aquí el estudio de las teorías emitidas por los toxicólogos eminentes para explicar el cómo y el por qué de estos accidentes. Ignoro si la teoría nerviosa responde á la realidad de los hechos, ó si es la teoría sanguínea á la que debemos la explicación verdadera de estos fenómenos; por eso, sólo la clínica y los datos por ella suministrados á los cirujanos, me han servido de norma, y en ella trataré de encontrar justificación para el método que empleo y preconizo.

En 1873, tuve la ocasión de ver operar á Sir Spencer Wells, y llamó mi atención de particular manera el ver lo poco que le inquietaba la anestesia. Empleaba el bicloruro de metileno; pero lo que le daba una tranquilidad absoluta no era tanto el agente elegido, como la manera de administrarlo. Lo que inspiraba al célebre cirujano inglés aquella despreocupación relativamente á la anestesia, era el aparato de Junker. Con un producto puro y este aparato, solía decir, el peligro no existe.

Veinticinco años de práctica me han permitido comprobar la exactitud de estas apreciaciones, pues desde aquella época no he dejado de emplear el aparato de Junker, ya en su primitiva forma, ya con las felices modificaciones de Krohne y Sesemann.

Gracias á estas modificaciones, el aparato de Krohne y Sesemann

permite aumentar y disminuir á voluntad la cantidad de vapores clorofórmicos; además, como existe un indicador de la respiración, puede administrarse el cloroformo sin descubrir el pecho ni el abdomen del paciente.

La técnica de la cloroformización con este aparato es sencillísima: una vez preparado, se regulariza su función por medio de las llaves, cerrando éstas de manera que sean suficientes veinte ó treinta compresiones de fuelle por minuto, para obtener una corriente constante de vapores. Esta regularización es muy esencial, pues basta que una llave esté un cuarto de milímetro más abierta de lo necesario, para que el aparato no funcione con la debida regularidad.

Se comprime al principio muy poco el fuelle para acostumbrar la mucosa respiratoria al contacto de los vapores de cloroformo, aumentando el número y la violencia de las impresiones, según las circunstancias, hasta obtener la anestesia completa. También puede graduarse la cantidad de cloroformo por medio del fuelle, que se comprime más ó menos, como se hacía en el primitivo aparato de Junker; pero el empleo de las llaves es preferible. Una vez obtenida la anestesia, basta una cantidad ínfima de vapores clorofórmicos para manterla. Durante toda la anestesia, no hay que perder de vista al indicador de la respiración.

Este método, fácil y sencillo, lo he empleado desde 1874 en algunos miles de cloroformizaciones, sin haber tenido que lamentar accidente alguno de importancia. No obstante, no he dejado de tener de vez en cuando algún momento de inquietud, ya porque la respiración pareciese debilitarse, ya porque la facies se descompusiese algo en operaciones de larga duración. Como, por lo general, se recurre en estos casos á las inhalaciones de oxígeno, ocurrióseme que, si estas pueden modificar ventajosamente el estado del enfermo cuando los accidentes son inminentes, obteniendo la anestesia por una mezcla de vapores de oxígeno y cloroformo, ó de éste y ozono, esos fenómenos alarmantes deberían desaparecer por completo.

El llevar á la práctica esta idea me resultó sumamente fácil, pues bastó poner el fuelle de Richardson en comunicación con un balón de oxígeno para obtener una mezcla de este gas y vapores clorofórmicos. Así lo hice, habiendo correspondido plenamente hasta ahora á mis previsiones el resultado obtenido. Es indispensable, antes de comenzar la cloroformización, dejar escapar algunos litros de oxígeno para disminuir la presión del balón, á veces excesiva.

La anestesia por este método se obtiene gracias á una mezcla de

vapores de cloroformo, oxígeno y aire, pues éste penetra fácilmente á través de la pluma que sirve de indicador de la respiración.

Las ventajas de este método son incontrastables: en primer lugar, el cloroformo se administra á dosis muy pequeñas y sin interrupción alguna, consumiéndose de 15 á 20 gramos de anestésico por hora cuando el cloroformizador tiene la suficiente práctica del método; la facies no se descompone; el enfriamiento general, indicio de una gran disminución en la intensidad de las combustiones orgánicas, no se observa sino en las cloroformizaciones que duran más de hora y media; la reacción es sumamente rápida, efectuándose por lo general durante las dos horas que siguen á la intervención.

Si exceptuamos la regularidad de administración y la pequeña dosis de cloroformo suficiente, todas las demás ventajas de la anestesia que acabamos de señalar se deben, sin duda alguna, al empleo del oxígeno.

Para la anestesia local hemos utilizado, en todas las pequeñas operaciones en que ésta nos parecía indicada, el guayacol en solución al 5 por 100, y el clorhidrato de cocaína al 2 por 100, pareciéndonos este último poseer una acción mucho más segura y duradera.

[Al corregir las pruebas de este trabajo, llega á mi conocimiento la comunicación del profesor Wohlgemuth á la Sociedad de Medicina interna de Berlín en la sesión del 21 de enero próximo pasado.

Con el título de *Narcosis por medio de inhalaciones de una mezcla de cloroformo y oxígeno*, describe el eminente colega de Berlín un método de cloroformización por medio de la indicada mezcla; apoyándose en 140 casos, pone de relieve este Profesor las grandísimas ventajas que presenta la anestesia por medio de la mezcla de oxígeno y cloroformo.

El profesor Wohlgemuth, que con toda seguridad desconoce mis trabajos sobre este interesante asunto, cree haber sido el primero en idear este método, que, como es natural, considera original y nuevo.

Deseo, pues, hacer constar que el método de cloroformización por medio de una mezcla de oxígeno y vapores de cloroformo fué ideado por mí *hace cuatro años*, que desde entonces no ceso de emplearlo y preconizarlo, y que, por tanto, puedo decir que me pertenece.

Con el título de *La mezcla de oxígeno y cloroformo para la anestesia*, hice el 18 de abril de 1898 una comunicación al Congreso Hispano-Portugués de Cirugía, en la cual daba á conocer la excelencia de los resultados por mí obtenidos en cerca de 200 casos con este nuevo

método de cloroformización, al cual dí el nombre de *método español*, como consta en las actas de dicho Congreso (1).

Hacia mediados del mismo año, el Dr. Sánchez Navarro y Neumann describe rápidamente en su excelente *Manual de Ginecología* este método, con el nombre de método del Dr. Suárez de Mendoza, haciendo constar que al publicarlo le dí el nombre de método español.

El eminente profesor del Hospital General de esta corte, Dr. J. Codina Castellví, analizando poco después en las columnas de esta Revista (2) la obra del Dr. Navarro y Neumann, dedica algunas palabras á mi método de cloroformización.

Por último, en el XII Congreso Francés de Cirugía, celebrado en París en octubre de 1898, anuncié una comunicación sobre este asunto con el título de *La oxicloroformización*. Habiendo asistido á dicho Congreso como delegado de España, creí deber abstenerme, y no hice la comunicación anunciada, que estuvo á la orden del día.

Hacia esa misma época, hice modificar por Gentile, fabricante en París, el indicador de la respiración del aparato de Khrone y Senensanu de manera á impedir la introducción del aire en el aparato.

Es en verdad altamente lisonjero para mí, ver mi método sancionado por un colega de tanto valimiento como el profesor Wohlgemuth, pues no puede haber mejor sanción que la de llegar al mismo resultado desconociendo completamente mis trabajos.

Sin embargo, me parece queda suficientemente establecido que el método de anestesia por medio de una mezcla de oxígeno y vapores de cloroformo, en cuyo porvenir tengo la más completa confianza, es real y verdaderamente, como el nombre que le dí lo indica, un método español].

TÉCNICA

Si la asepsia y la anestesia desempeñan un papel de primer orden en el acto operatorio, contribuyendo de especial manera á la felicidad del resultado, la técnica es con toda seguridad el principal y más importante factor del éxito, disminuyendo las contingencias de la anestesia y las posibilidades de infección.

La técnica es, en último término, el producto de la educación manual é intelectual del cirujano.

Poseer una buena técnica, equivale á tener un cerebro que, am-

(1) Véase Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, de Madrid, núm. 565, correspondiente al 5 de mayo de 1898.

(2) Idem íd., núm. 622, correspondiente al 5 de diciembre de 1899.

pliamente documentado, sabe, puede y quiere concebir, y hacer ejecutar por manos suficientemente educadas y hábiles, todos los actos necesarios para conducir á feliz término una operación quirúrgica. Ciencia, poder y voluntad son, en efecto, las tres cualidades indispensables del buen técnico. La ciencia, representada por profundos conocimientos de Anatomía normal y patológica, por vasta experiencia clínica y por gran familiaridad con todos los métodos operatorios aplicables á cada caso particular, esclarece su ruta, dando á sus actos la necesaria precisión para llegar rápidamente al término, sin vacilaciones ni tropiezos, pudiendo atender, prevenir ó remediar cualquier accidente fortuito con la calma y sangre fría que da la completa seguridad de sí mismo.

El poder está representado por condiciones físicas de fuerza y resistencia, y por la habilidad manual, cuyos elementos se adquieren en el anfiteatro, cuyo concepto, claro y preciso, sólo se obtiene viendo operar, suficientemente preparado para ello, á los grandes maestros del arte, á cuyo desarrollo y perfección sólo se llega con la práctica diaria.

Por fin, la voluntad, lo que podríamos llamar el temple quirúrgico, es la cualidad que nos permite decidir y ejecutar, sin titubeo ni vacilaciones, lo necesario, por grave y arriesgado que parezca ; la cualidad que nos hace audaces, sin llegar á la temeridad, prudentes, sin ser víctimas de la timidez ; pues temeridad y timidez son calificativos incompatibles con el de cirujano,

La intervención quirúrgica más completa se divide forzosamente en cuatro partes, que son : la diéresis, la exéresis, la sindéresis y la prótesis, ó sea incisión, extirpación, sutura y restauración ; estos dos últimos actos confúndense muy á menudo.

Las incisiones han de ser amplias sin exceso ; la extirpación, completa y rápida ; la restauración y la sutura, minuciosa y exacta.

La amplitud de las incisiones es un principio elemental de buena cirugía, y no en balde se dice que si los grandes cirujanos hacen grandes incisiones, también las grandes incisiones hacen á los grandes cirujanos. Sin embargo, al determinar los límites de una incisión, no debemos olvidar que cada vaso abierto es una puerta de entrada para la infección, y que en buena asepsia, si es indispensable apartar del campo operatorio todo elemento infeccioso, no lo es menos reducir al mínimum las puertas de entrada, ya que no nos es posible llenar la primera condición en absoluto. Por otra parte, debe tenerse presente que toda incisión insuficiente puede, du-

rante la exéresis, ser causa de traumatismo de los bordes, disminuyendo su vitalidad y, consecuentemente, las probabilidades de reunión *per priman*, de donde también probabilidades de infección. Conviene, pues, guardar la justa medida, teniendo por principio de sana práctica que si se peca, vale más que sea por exceso.

Constituyendo la exéresis en las operaciones que comportan este tiempo, el verdadero objeto de nuestra intervención, huelga decir que ha de ser completa; y como su objetivo es separar del cuerpo elementos ú órganos perjudiciales que para nada tenemos que respetar, podemos proceder á esta separación tan rápidamente como nos sea posible. A mi entender, esta es la única parte de la operación en que la excesiva rapidez puede ser considerada como prueba de habilidad. En los demás tiempos, esta calidad puede constituir un defecto y proporcionar contratiempos desagradables.

Recuerdo un caso que citaré en comprobación de este aserto. En una clínica alemana, un joven cirujano, reemplazando una mañana al Profesor ausente, operaba á una enferma que tenía un quiste del ovario. Después de haber hecho en pocas palabras un brevísimo resumen de la historia de la paciente y haber dado á conocer á un gran número de Profesores presentes las causas que justificaban la intervención y el método que se proponía adoptar, para hacer brillar sus cualidades de operador, practicó con tal brío su primera incisión, que atravesando toda la pared abdominal de un solo golpe al mismo tiempo que la del quiste, recibió en la cara como una verdadera tromba casi todo el líquido contenido en éste. Menos brillantez y un poco más de circunspección y medida, hubieran evitado á aquel joven cirujano un desagradabilísimo momento y á la enferma muy serias contingencias.

En la exéresis, como en todos los demás tiempos de la operación, hay que tener especial cuidado en economizar la sangre del enfermo, obturando definitiva ó temporalmente todo vaso que sangra, pues á pesar de lo que en sus mocedades quirúrgicas haya podido decir ó escribir Doyen, el desprecio de la sangre de los enfermos, no constituirá jamás una cualidad de gran cirujano.

La restauración y la sutura han de ser el objeto del más minucioso cuidado por parte del operador y sólo debe procederse á ellas después de haber obtenido una hemostasia absoluta y completa. Trabajos aun recientes (1) han probado de indiscutible manera que no hay

(1) Auché et Chavanaz, *Infections peritoneales d'origine operatoire*. París, 1899.

campo operatorio que al cerrarse no quede sembrado de un número más ó menos considerable de microbios; siendo la sangre el medio de cultivo por excelencia si le dejamos maneras de regar dicho campo, el resultado será fácil de prever. Mientras más completa sea, pues, la hemostasia, menores serán las probabilidades de infección, y tanto más grandes las de reunión inmediata por primera intención.

La restauración, tan completa como sea posible, de las partes laceradas, sobre todo, cuando se trata de operaciones cavitarias, es hoy como los hechos han demostrado, una indispensable condición de éxito.

La técnica debe constituir la constante preocupación del cirujano; á mejorarla y á perfeccionarla deben tender todos sus esfuerzos; para demostrar su inmensa importancia, bástenos recordar que en los tiempos prelisterianos, cuando casi todos los cirujanos del mundo contaban las intervenciones abdominales por otros tantos fracasos, Péan, Spencer Wells y Kœberlé, llegaron á veces á obtener gracias á su técnica maravillosa, hasta un 60 por 100 de resultados felices en esas mismas operaciones.

Conocidas, pues, las reglas generales á que obedecemos en nuestras intervenciones, podemos pasar al examen de los casos particulares, á la parte práctica de este estudio.

(*Continuará*).

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO.—I. Filtración de aguas en Göteborg.—II. La filariosis y los mosquitos.—III. Las materias excrementicias en varios alimentos, especialmente en los embutidos.—IV. Las cervezas arsenicales.—V. Peptonas y albumosas: valoración.—VI. La fiebre biliosa hemoglobinúrica.—VII. Profilaxis social de la tuberculosis.—VIII. Una levadura (sacaromices) en los neoplasmas.—IX. El colibacilo en las aguas potables.—X. Operaciones asépticas.—XI. La salubridad de la Habana.—XII. Envenenamientos con los embutidos.

I. El geólogo Salbach ha ideado un buen procedimiento para filtrar las aguas fluviales próximas á Göteborg en las orillas del Got-Elfs

(Suiza). Este río se desliza sobre una capa de arcilla extendida por las vertientes del valle; por debajo existe otra capa de arena, que también se prolonga por las vertientes. En varios puntos esta capa de arena sale al exterior un poco más alta que el nivel de las aguas. Mediante bombas el agua del río fué vertida sobre la arena, se filtró y fué á parar á cierta profundidad, quedando en el espesor de la capa de arena, separada del río por la arcilla y contenida abajo por la roca fundamental, también impermeable. Purificada y almacenada de esta manera, bastaba para recogerla abrir pozos á través de la arcilla y elevarla para abastecer la ciudad.

Resulta el agua límpida en absoluto, de 10° en invierno y 8° en verano, abundante, excelente y del todo estéril. Toda el agua del río pudiera ser filtrada por este mecanismo, convirtiendo el río superficial en río subterráneo.

Parece ser que análogas condiciones geológicas hay en Helsinborg, Estocolmo (en donde son utilizadas en parte), y hasta cierto punto en alguna región del valle del Sena. (*Gaz. méd. de París*).

II. No son pocos los pasos que se dan en Medicina que resultan inútiles por la excesiva (mejor dicho estaría irresistible) á generalizaciones prematuras. Los mosquitos están hoy á la orden del día y lo que se ha afirmado en absoluto del paludismo se quiere afirmar de la filariosis con un exclusivismo sospechoso. Maitland (*The British med. J.*) se opone á conceptuar á los mosquitos como causa única de esta última enfermedad. Sus razones (hechos) son atendibles.

La raza blanca apenas si sufre la invasión, y los mosquitos pican á los europeos en la India y los pican con más ardor que á los indígenas desde el obscurecer al ser de día; en cambio, hay comunidades atacadas por la filariosis con gran intensidad y frecuencia por beber un agua determinada, saliendo mejor librados los que no la beben.

Estos hechos deshacen el absolutismo de esas leyes tan ligeramente formuladas.

III. Hace algunos años, en 1894, el profesor Renke dió cuenta de haber encontrado excrementos de vaca en la leche: la superposición de órganos y la desidia de los vendedores explican bien el hallazgo.

Mas no es la leche sola la que puede contenerlos. Schilling señala una nueva ocasión de ingerir excrementos con los alimentos: los embutidos, pues la limpieza esmerada de los intestinos, especialmente de los gruesos, es muy difícil. Examinando tripas secas, tal como

se encuentran en el comercio, y fundas de embutidos, ha encontrado fragmentos de paja, granos, hongos, etc., en gran número, todavía más abundantes en los usados directamente. En su concepto, hay de 2 á 2'50 gramos de estos restos por metro de embutido hecho con intestino delgado y 5 gramos si se utiliza el grueso.

Claro es que si se levanta la funda se ingiere una escasa cantidad de estos detritus; pero si, como no suele ser raro, se *aprovecha* todo, el ingreso es grande: un obrero alemán que tome, y así es lo común, de 10 á 15 centímetros de morcilla, salchicha, etc., recibe de 4 á 5 gramos de excremento cada semana, ó sea unos 20 al mes. (*Deutsche med. Wochens.*).

IV. Una gran consternación reinaba durante los últimos meses del año anterior en el N. E. y Centro de Inglaterra. Las poblaciones de Manchester, Salford, Liverpool, Birkenhead, Chester, Birmingham, etc., tenían un gran número de enfermos, á docenas, á centenares; en algunos puntos no cabían más en los hospitales.

Costó trabajo orientarse para hacer el diagnóstico: se pensó en el beriberi. Un médico, notando gran semejanza entre los síntomas y la intoxicación arsenical, procedió al análisis del pan, carne, cerveza, recogidos en varios puntos de Lancashire.

En ésta encontró el arsénico en la bastante cantidad para envenenar. ¿De dónde procedía? Del ácido sulfúrico comercial que se usaba en las cervecerías, preparado con piritas de hierro que contienen frecuentemente arsénico.

V. Los fabricantes alemanes invaden hoy, con el *debido* acompañamiento de reclamos, todos los países del mundo con productos alimenticios diversamente denominados y que no son más que albumosas y peptonas. Hace ya tiempo que Krukenberg y Neumeister (*Lehrbuch der Phys.*, 1897) las rechazaron por inútiles como alimentos desde el punto de vista fisiológico, concepto antes expuesto desde el punto de vista clínico por Cahn (*Berlin. Klin. Wochs.*, 1893) y Klemperer (*Linden's Handbuch der Ernähr.*, 1897). Voit no es menos explícito en sus estudios (*Uber den Werth der Albumosen und Peptonen für die Ernahrung. — Münch. medic. Wochens.*), y he aquí la síntesis de las varias partes en que divide su trabajo.

Definición.—Las albumosas y peptonas son primero hidratadas y luego reducidas á combinaciones más sencillas mediante el ácido clorhídrico, la pepsina y la tripsina. La digestión pépsica forma varias albumosas y la auto-peptona de Kühne; la pancreática disocia mucho más la molécula albuminoidea y produce hemipeptona, anti-

peptona de Kühne y otras combinaciones más sencillas : ácidos, amidas, bencina, tirosina, ácido asparágico.

Valor nutritivo.—Desde luego no son superiores á la albúmina y lo frecuente es que valgan mucho menos. Un gramo de albúmina tendrá la misma cantidad de N que uno de peptona y el mismo valor calorífico ; pero no tiene igual importancia orgánica. De cuanto hoy se sabe parece deducirse que las albumosas y la autopeptona, pueden reemplazar á la albúmina, no así la antipeptona en cuanto á cantidad de N ; debiendo preferirse las albumosas á las peptonas, porque éstas son amargas y repugnantes cuando puras, y hasta á las peptonas de comercio porque no son puras.

Valor nutritivo. — El punto capital es la absorción : pues bien el polvo de carne es más absorbible que la somatosa (Ellinger, Hildebrand, Bornstein).

Otros inconvenientes de las albumosas. — La somatosa, á la dosis de 20 gramos, en tres ó cuatro tomas, provoca con frecuencia trastornos digestivos ; si es tolerada, no lo es por mucho tiempo, determinando náuseas y vómitos al cabo de algunas semanas. Ahora bien : 20 gramos de somatosa, que contienen 16 de albúmina, equivalen á 80 de carne y á un poco más de un huevo; y como no puede pasarse de aquí, su valor es relativo.

Precio. — Son muy caras las albumosas y peptonas : si 100 gramos de albúmina (leche, huevo, carne) valen de 0'50 á 1 peseta, en somatosa valen cerca de 8.

Empleo de las albumosas en los enfermos. — Sobre ser posible la absorción de la albúmina en substancia con tal que esté disuelta, un estómago muy alterado es substituido por la digestión pancreática, que es la más decisiva ; por fortuna las alteraciones de ésta son raras, y en todo caso podría administrarse páncreas crudo.

Las albumosas no ahorran trabajo á los órganos. — Se las prescribe para aliviar la fatiga de los órganos digestivos : esto es verdad, en parte, en cuanto á fenómenos químicos y absorción, pero no respecto al peristaltismo que excitan y hasta producen *diarrea profusa y sensibilidad cólica* si se da dosis algo elevadas : todas las secreciones aumentan.

Resumen.—La somatosa es soluble é insípida, pero también lo son otros preparados ; la nutrosa (caseína-sódica) y la eucasina (caseína-amoniaco) pueden precipitar por ser compuestos de caseína, pero á pequeñas dosis no causan trastornos.

Más que para ahorrar trabajo, deben ser las albumosas prescritas

para excitar el tubo digestivo en los casos de astricción rebelde (Cahn); por el aumento de secreción gástrica es común aumenten la sed y el apetito.

En total, más que como alimentos hay que conceptuarlos como medicamentos estomáquicos y laxantes.

VI. Cardamatis ha publicado en la *Grecia médica* un trabajo notabilísimo, del que da un resumen *Le Progrés médical,* sobre la fiebre biliosa hemoglobinúrica.

Divide las hemoglobinurias en *tóxicas, microbianas* ó *diatésicas* y por lesión orgánica. La fiebre mencionada corresponde al segundo grupo. No respeta raza alguna; los niños de dos á cuatro años y los viejos parecen gozar de una inmunidad relativa; no ha sido visto todavía un solo caso en los menores de dos años; la anemia es un buen terreno, pero no están exentos los sanos y los robustos; á parte del paludismo deben ser consideradas como causas la remoción de tierras, las privaciones, los sufrimientos morales y los abusos venéreos, el agotamiento físico y psíquico, el alcoholismo, las habitaciones insalubres, la pérdida de líquidos del organismo, la quinina (la observó, por primera vez S. Berettas, médico militar, en 1850 y se publicó en 1858), las habas verdes y sus flores; las mujeres embarazadas y las puérperas resultan inmunes, cuando menos no ha sido ninguna atacada en comarcas palúdicas; el enfriamiento obra como causa indirecta por la supresión de las funciones hepáticas; el artritismo es una predisposición, así como la sífilis y todo cuanto constituya trastornos nutritivos (arsénico, fósforo, etc.). Lo mismo se presenta en países muy palúdicos que en los que lo son menos, en individuos que viven siempre en ellos como en los que permanecieron accidentalmente, en los que sufrieron paludismo como en los que no lo padecieron. El haber encontrado en algunos casos el plasmodio malárico no prueba en absoluto su origen palúdico, pues en la mayoría no se le ve : el paludismo sólo tiene influencia secundaria : obra como causa predisponente, según dicen los hechos bien claramente, según demuestran las lesiones y según comprueba la ineficacia de la quinina como preventiva y como curativa. Debe reconocer una causa especial todavía no bien determinada. Por último, cuando se la trata con la quinina, la mortalidad es de 26'2 por 100 y sólo de 7'5 si no se recurre á ella (estadística de 3.003 casos).

VII. Malvoz, de Lieja, estudiando la profilaxis de la tuberculosis desde el punto de vista social, cree se imponen las medidas siguientes (*La Presse médicale*) :

1.ª Organización de servicios médicos de Asistencia pública, de agrupaciones mutualistas, de instituciones de seguros contra la enfermedad, etc., que tengan como objetivo la profilaxis en general y la de la tuberculosis en particular; educación higiénica por los médicos (lecciones, conferencias, cursos públicos); investigación permanente de las habitaciones, alimentos y condiciones del trabajo de los obreros; examen corporal de los sospechosos en dispensarios permanentes.

2.ª Dagnóstico todo lo más precoz posible de las afecciones tuberculosas, facilitado mediante la creación de laboratorios regionales de bacteriología, que practiquen gratuitamente las investigaciones.

Aplicación inmediata de la cura de aire y de alimentación y de medidas de desinfección y de profilaxis á todo individuo en vías de tuberculización.

En los países dotados de seguros obligatorios, construcción de sanatorios por las Sociedades de seguros; además, construcción de estos establecimientos por las provincias ó departamentos, debiendo estar asegurado su funcionamiento, sobre todo, por las Asociaciones mútuas obreras. Para los obreros no inscritos en las mutualidades y que no puedan soportar los gastos de permanencia en el sanatorio, distribución por la Asistencia pública, en dispensarios especiales, de socorros que permitan el descanso y una alimentación reconstituyente, al mismo tiempo que coloquen á la familia al abrigo de toda necesidad durante la cura.

3.ª Desarrollo en las Facultades de Medicina de la enseñanza de la Higiene y de la Medicina social; educación clínica y bacteriológica de los médicos desde el punto de vista de un conocimiento profundo de la tuberculosis, de su diagnóstico precoz, de su profilaxis y de su tratamiento.

4.ª Propaganda de las obras antituberculosas en favor de todas las medidas legislativas cuya consecuencia sea fortificar el organismo, protegerle contra los excesos de trabajo y mejorar la higiene general de los trabajadores.

VIII. A la Sociedad imperial y real de los médicos de Viena ha dado cuenta Sanfelice, de Nápoles, de haber encontrado en varios neoplasmas una levadura, un sacaromices, á la que denomina *S. neoformans*. Cultivada y luego inyectada dentro de las venas, produce al cabo de algunos meses masas carcinomatosas y adenomatosas en los ganglios y en el páncreas; inoculada en la córnea, determina una abundante proliferación de células epiteliales.

Este sacaromiceto es esférico ú oval, se cultiva bien en la patata y se tiñe con el método de Gram.

IX. Linsley y Stone discuten la significación del colibacilo en las aguas y opinan que el uso de éstas con tal microbio es peligroso y que deben ser rechazadas. En apoyo de esta opinión, que me parece tan racional como prudente, citan el caso ocurrido en West-Burke. Estalla una epidemia con todos los caracteres clínicos de la fiebre tifoidea é investigadas las aguas no se encuentra el bacilo de ésta y sí el colibacilo. (*The Medical Record*).

X. Lafolie ha dedicado su Tesis inaugural (*Une opération aseptique*, 1900) al modo de ser operatorio de la Clínica quirúrgica del profesor Lannelongue y del Hospital marítimo de Brest. La narración y la crítica están muy bien hechas y las deduciones á que llega son:

1.ª Es posible poner asépticas las manos por modo absoluto.

2.ª Debe ser preferido el procedimiento con el permanganato.

3.ª Debe ser rechazado el uso de guantes en Cirugía. Son siempre molestos y no pueden ser otra cosa que inútiles y peligrosos.

4.ª El calor seco es suficiente para esterilizar los instrumentos.

5.ª Estos instrumentos deben ser sumergidos en un líquido estéril durante las operaciones y se cuidará de no dejerlos en seco sobre las compresas asépticas.

6.ª Lo mismo ha de hacerse con el catgut, crines, sedas, etc.

7.ª Con todo cuidado debe ser elegido el ayudante encargado de las compresas.

8.ª El catgut esterilizado, según el procedimiento Barthe Soulard, es perfectamente aséptico y el cirujano puede emplearlo con toda seguridad.

9.ª Hay que vigilar atentamente el manómetro metálico de los autoclaves, cuyo resorte se debilita con frecuencia, dando así indicaciones erróneas.

10. Por último, es un punto capital que en Burdeos todo es aséptico al principio: catgut, instrumentos, compresas, etc., pero al cabo de un cierto tiempo de exposición al aire no sucede así: en todos los objetos se encuentran colonias microbianas procedentes del exterior, por tanto, del aire de la sala de operaciones.

Recomienda el formol como desinfectante en la sala de operaciones.

XI. Las condiciones sanitarias de Cuba en general y de la Habana en particular, no mejoran mucho, si es que en algo mejoran, no obstante la decidida influencia pecuniaria de los interventores-regenadores, que rezan sin reposo ante los altares de Mercurio y

toman á la diosa Higiea como un pretexto mercantil. ¡Desilusiones!

La mortalidad en la Habana por fiebre amarilla fué escasa, relativamente, en 1899, escasez que aparte de la marcha irregular de la endemia, tenía causas muy claras de entender. En cambio, en 1900 ha subido por modo indiscutible. Vaya un ejemplo del mes de octubre :

1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900
32	48	54	46	40	102	240	42	26	25	74

Descontando los luctuosos años de 1895 y 1896, todas las medidas higiénicas de los protectores *ad perpetuum*, el célebre (y productivo) electrozono y otras zarandajas por el estilo, fracasaron desde el punto de vista higiénico. Es de presumir corra igual suerte un tentador y colosal empréstito que anda entre manos, que se destina..... vamos al decir..... á sanear municipalmente la Habana, con arreglo á un plan caro y en concepto de algunos malo, ó lo que es lo mismo, de los padrastros.

A pesar de todo, la inmigración española aumenta : en dicho mes de octubre inmigraron 4050 individuos, de los cuales eran españoles 3734, y una de dos : ó los americanos del Norte no son individuos ó no ha ido ninguno. ¡Es notable el contraste!

En el mencionado mes hubo 308 invasiones, declaradas, de fiebre amarilla : 225 españoles con 51 muertos y 62 americanos (¿de dónde?) con 8 difuntos.

XII. Lauk, de Ellingen, ha observado 8 casos de envenenamientos con embutidos, casi simultáneos.

El primero se refiere á una campesina de sesenta años. Estaba disnéica, con la voz apagada, la cara cianótica, respiración sibilante, disfágica y con chapas grisáceas en las amígdalas y faringe. El segundo, á la criada de aquella : faz roja, voz ronca, disfagia y chapas de color gris en las amígdalas. En ambas la visión no era clara ó había diplopia. Diagnosticó, interinamente, difteria. Al día siguiente encontró muerta á la primera.

Inmediatamente el marido, de sesenta años, y dos nietos de veinte y de veintitrés, cayeron enfermos con síntomas análogos, inclusos los visuales.

Investigando, supo Lank que todos los enfermos habían comido salchichas, de un gusto avinagrado.

Al otro día hubo tres más atacados : los hijos de un vecino, de cinco, cuatro y uno y medio años. La misma etiología.

Cayó también enfermo un gato, por el mismo motivo.

Hubo de notable en los niños, que coincidió el envenenamiento con el sarampión : al llegar éste al acmé, desaparecieron los síntomas de aquel.

Recuerdo que este veneno es la toxina que produce el *bacillus botulinis*, estudiado particularmente por Van Ermengen, quien cree basta se ponga en contacto con la carne ó con la pasta de embutido para que fabrique su nocivo producto.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 28 *de Enero de* 1901.

Un caso de gangrena de la boca.—El Dr. Azúa : Me refiero á un joven de dieciséis años que presenté á la Academia hace dos años, con unas enormes ulceraciones de los labios, arcadas dentarias y cara mucosa del carrillo, todo en el lado izquierdo, asentadas sobre una infiltración dura como neoplásica y acerca de cuyo diagnóstico tenía por entonces grandes dudas. Sometido el enfermo á un tratamiento de prueba, antisifilítico, no dió resultado alguno y por medio de análisis microscópicos repetidos de trozos del borde y fondo de la ulceración, se eliminaron las tuberculosis y las distintas neoplasis. Las preparaciones demostraban tratarse de un proceso inflamatorio con grandes alteraciones de endo-peri-arteritis, pero sin ninguna alteración típica de proceso especial. Cierta semejanza objetiva con el caso de lamparón terebrante, publicado por Besnier, en el *Atlas Internacional de enfermedades raras de la piel*, robustecida por saber había habido en el pueblo de nuestro enfermo muchas muletas atacadas de muermo y tener el muchacho gran costumbre de andar entre las mulas y beber en los mismos sitios que las caballerías, nos hizo emprender investigaciones experimentales en ese sentido.

El análisis y cultivo del raspado de la ulceración, daba una enorme cantidad de bacterias de putrefacción, estafilococus y escasos estreptococus. Con la substancia obtenida por el raspado, diluída en agua destilada, se inyectaron en el peritoneo á diversos conejos de Indias sin obtenerse en ninguno la vaginalitis aguda (signo de Straus), típica de la infección muermosa. Los conejos murieron de peritonitis. Dos inoculados, por inyección, en el tejido celular, tuvieron abscesos y curaron. Sabida es la exquisita sensibilidad que el asno tiene para la infección muermosa y la utilizamos en este caso. Inoculaciones hechas en un borriquillo, por medio de escarificaciones y de

denudaciones epidérmicas, no dieron resultado. Inyectando en el tejido celular el detritus del fondo ulceroso, se produjeron abscesos grandes que curaron perfectamente. El pus de los abscesos contenía estafilococus y escasos estreptococus. El asno inoculado no ha presentado en dos años síntoma alguno morboso.

Por consecuencia de toda esta experimentación, se eliminó también el diagnóstico de lamparón. En el mes y medio transcurrido en todos estos tanteos, el tratamiento local de limpieza y empleo de todos los antisépticos, ensayados ordenadamente, no había dado resultado favorable, como tampoco lo dió el termo-cauterio, que en múltiples ocasiones se aplicó. La induración se extendió, la pérdida de substancia crecía con rapidez aterradora, se cayeron los dientes superiores y el canino y primeros molares superiores izquierdos ; se necrosó el borde maxilar y se perforó la bóveda palutina por detrás de los incisivos ; se aumentó la tumefacción pastosa de la mitad izquierda de la cara ; crecieron los infartos, todo sin molestia grande ; se aumentó la fiebre, se presentó diarrea, cayeron las fuerzas, apareció una hipostasis pulmonar, y cerró la escena patológica una enteritis aguda, con gran dolor y timpanización. La autopsia no reveló nada característico. En el yeyuno, enteritis aguda ; en los riñones, pequeños focos en la substancia medular, inflamatorios, de localización peri-arterial, que quizás pudieran ser producidos por embolias sépticas. El examen local de las lesiones, cuyo modelo presento á la Academia, no hizo ver más que lo profundo y extenso de las ulceraciones.

El diagnóstico que he llegado á formar es el de noma. El sarampión padecido poco antes de la enfermedad de la boca, el aspecto de la úlcera, su marcha destructora, la tumefacción casi indolente, el aspecto general séptico de los últimos tiempos, contrastando con el estado de salud general satisfactorio, al principio, no obstante la enorme ulceración pútrida de la boca, la diarrea y enteritis final, son argumentos poderosos en favor de ese diagnóstico. Dos hechos, en contra, existen que hacen el caso interesante y raro, y son : la edad, mucho mayor de la que suele observarse en los casos de gangrena de la boca, y la larga (de cuatro á cinco meses) duración del proceso.

Asfixia reticular de la piel. — El Dr. Azúa : También fué presentado este enfermo anteriormente á la Academia, y hoy lo presento nuevamente para que comprobéis el curso de su enfermedad. Durante su larga estancia en el Hospital se ha comprobado la relativa facilidad con que se curan muchas de sus lesiones ulcerosas por medio de la limpieza y una cura oclusiva. Las ulceraciones de codos y rodillas no han llegado á cerrarse. Las ulceraciones recidivan con facilidad por un proceso igual al que las engendró. Algunas ulceraciones tienen cicatriz bastante firme desde hace bastantes meses, y algunas de las de los años anteriores tienen cicatriz, al parecer, definitiva. La influencia de los roces y presiones en la producción de las lesiones se ha comprobado plenamente, y hemos adquirido el convencimiento de que la causa de la simetría de las lesiones depende de la semejanza de acciones á que están sometidas las partes simétricas y no de la influencia del sistema nervioso, cosa á la que en un examen ligero se puede inclinar el observador. Exámenes completos, repetidos, del sistema nervioso han demostrado no

existen perturbaciones apreciables del mismo. Quedó el año pasado pendiente del resultado de un estudio detenido, el diagnóstico del estado del corazón de este muchacho. Varias sesiones de observación, en distintas condiciones, han permitido reconocer que en estado de reposo, el corazón no presenta soplos, siendo los límites á la percusión normales, á excepción de un ligero aumento de la macicez de la aurícula izquierda. La punta late en el quinto espacio intercostal. De 75 á 80 pulsaciones por minuto.

Observado el enfermo después de una carrera corta ó de diez á veinte minutos de marcha, no se encuentran soplos, la macicez auricular izquierda es un poco mayor, el ventrículo izquierdo se aumenta hacia la izquierda y la punta del corazón late en el sexto espacio intercostal. Pulsaciones de 95 á 110. Cinco á diez minutos y aun menos de quietud son suficientes para volver las cosas á la situación descrita en el reposo. Estas observaciones han sido practicadas por distinguidos compañeros competentes en estas materias, los Dres. Madinaveitia, Alonso Sañudo, Sandoval, Bravo Fernández, Verdes Montenegro, etcétera, á todos los que doy las gracias.

Este estado variable del corazón nos parece depender de los esfuerzos del ventrículo izquierdo al luchar con el éxtasis venoso cutáneo. El ventrículo poco fuerte ó quizá cansado por el trabajo excesivo de toda la vida del sujeto (las lesiones son congénitas), se dilata cuando llegan los momentos de sobrecarga, volviendo á sus dimensiones normales al disminuir los obstáculos. Los éxtasis de las piernas y manos del enfermo, dependientes de la dilatación venosa de los troncos gruesos, tienen en la brusquedad de su desarrollo y desaparición, según es ó no declive la posición de la parte, un aspecto tal de relleno y vaciado mecánico, en el sentido de que lo que se llena es un tubo de paredes inorgánicas, que sólo observando al enfermo puede admitirse, sin discusión, la sucesión de cambios tan bruscos.

La mitad inferior de las safenas internas presenta una serie de nudosidades monoliformes bastante consistentes, que parecen depender de procesos periflebíticos y flebíticos. No son dolorosas actualmente, y el enfermo no recuerda lo hayan sido.

Las buenas condiciones de reposo, alimentación regular y curas metódicas que le han sido hechas, han producido una mejoría relativa, puesto que este invierno no han aparecido más que dos ó tres ulceraciones nuevas y las recidivas en las viejas son menos numerosas que en años anteriores. En tres ocasiones le he dado digital, para observar si producía algún cambio en el estado del enfermo. El éxtasis venoso ha seguido igual y los cambios del corazón lo mismo. La tensión arterial se ha aumentado y la diuresis ha sido bastante señalada, todo lo que prueba había habido efecto fisiológico de la digital.

Respecto del diagnóstico mantengo el formulado el año anterior. Creo se trata de un caso de asfixia reticular de la piel, con alteraciones *consecutivas* y *accidentales* del corazón izquierdo. Las hipótesis de lesiones congénitas del corazón fueron examinadas y desechadas el año anterior. No conozco la patogenia de las alteraciones viciosas periféricas cutáneas, pero puede admitirse la hipótesis de una falta de válvulas. Las alteraciones de las venas safenas, varicosas, con nódulos de periflebitis, me han hecho pensar en una lesión de este género, pero no se encuentran más que en el sitio indicado y

la biopsia de un trozo de piel de la cara externa del antebrazo, en un punto de éxtasis máximo, no ha demostrado lesiones de las paredes de las venas. Además, las ulceraciones de las piernas pueden haber sido la causa de las periflebitis. Este caso nuestro, igual objetivámente al de Unna, único publicado que yo conozco, se diferencia esencialmente de aquél, por ser en éste congénitas las lesiones, no haber tenido lesiones tuberculosas y no presentar las venas la flebitis generalizada y difusa, tuberculosa, que se observó en la enferma de Unna. El extraordinario interés del asunto, me obligará á traerlo de nuevo á la Academia.

Siringomielia é histerismo. — El Dr. Azúa: Este enfermo tiene diecisiete años y dice que hace cinco tuvo un ataque á la cabeza que le duró unos días, estando cuatro de ellos sin orinar. No hemos podido comprobar la exactitud de estos datos, ni si tiene antecedentes neuropáticos en la familia. Un año después del ataque ha comenzado á tener manchas purpúricas en las muñecas y algunos dolores en las piernas, muslos y brazos. Paulatinamemte se han ido aumentando esos fenómenos, extendiéndose las manchas á las piernas, muslos y otras partes, aumentándose los dolores, haciéndose penfigóides hemorrágicas, algunas de las manchas, hinchándose las manos, con aspecto amoratado y sensación de frialdad, presentándose perionixis recidivantes, de tipo subepidérmicos y trastornos variados de la sensibilidad.

Diagnosticado erróneamente de sifilítico, por sus dolores y lesiones cutáneas, nos fué mandado al Hospital de San Juan de Dios é ingresó en mis Salas. Estatura baja, bien conformado, sin desviación espinal, expresión normal en la cara; tipo moral del sujeto, de taimado y embustero; buena nutrición, no obstante el padecimiento del estómago *declarado* por el enfermo que le impide comer, por los dolores consecutivos, que le hacen, según dice, vomitar á veces; se queja de ardor de estómago.

Hecho el análisis del contenido gástrico, después del té de prueba, dió, según mi amigo el Sr. Oyarzábal que lo practicó, 2'50 por 1000 de acidez clorhídrica. No ha habido manera de apreciar la influencia del régimen y de los alcalinos en este caso, pues el enfermo hacía lo que quería y cuando le suponíamos sujeto á régimen lácteo, se le encontraban entre los colchones, tortillas, chuletas, etc., etc., que su *inteligente* familia le llevaba al Hospital.

En realidad, la verdad parece ésta: cuando se ponía peor del estómago, comía poco ó nada; algo aliviado volvía á cometer toda clase de irregularidades en la alimentación. Exámenes repetidos de orina demostraron que no había albúmina ni elementos renales patológicos. Ciertas variaciones químicas encontradas á veces en los fosfatos y la urea, están en relación con las irregularidades de régimen. Los análisis fueron practicados por el doctor Ginés, de Tarragona, que por entonces acudía á mi Clínica, y á quien doy las gracias. No existen trastornos esfinterianos de la vejiga ni del recto. Se queja de dolores violentos en las masas musculares y en los huesos, en sitios variables de las extremidades y del tronco, predominando, por su frecuencia é intensidad, la localización en las piernas. Por la noche son más fuertes y, en ocasiones, sólo los tiene durante ésta. Examinado con gran atención é investigados todos los hechos patológicos anteriores, no resulta por ningún lado la sífilis. No le ha aliviado nada la medicación específica. Dice el enfermo que cuando aparecen las manchas eruptivas, disminuyen

los dolores. No hemos podido cerciorarnos de la verdad de este aserto. Las manos están gordas, edematosas, pero con infiltración de mediana consistencia, frías, ligeramente amoratadas. Algunas uñas quizás no tengan el lustre y estriación normal, pero la alteración es insignificante. De las perionixis tenía manifestaciones abundantes; dos dedos en la mano derecha y uno en la izquierda, presentan el reborde ungueal levantado por un absceso subepidérmico, ligeramente doloroso á la presión. En la cara externa del dedo medio derecho hay una lesión ampollosa, con costra escamosa por desecación del líquido que tuvo la flictena. Dos lesiones parecidas á la de este dedo, existían en la pantorrilla derecha, una y otra en el muslo derecho. Durante el tiempo que hemos observado al enfermo, ha tenido en la mitad inferior del cuerpo y sitios distintos, brotes circunscritos y como formando grupo, de eflorescencias de formas redondeadas, pero no regulares, de color rojo apagado, que no desaparecían á la presión, no molestaban y desaparecían en tres á cinco días, dejando ligerísimo rastro equimótico. Uno de estos elementos purpúricos, aparecido en la pantorrilla derecha, se hizo en su centro flictenoso, se agrandó y obscureció y engendró la lesión penfigoide á que hice anteriormente alusión.

El examen de la sensibilidad da los siguientes resultados: en las extremidades inferiores hasta la rodilla y en las superiores hasta el codo, existe una anestesia absoluta para el dolor, la temperatura, *el contacto* y la presión tanto más absoluta cuanto más se acerca la región á la extremidad de los miembros. En la planta de los piés la anestesia para el dolor existe, y un pinchazo no es sentido, pero provoca reflejos musculares en el muslo en forma de contracciones fibrilares. Fuera de estas zonas anestésicas absolutas, la sensibilidad parece normal. Los reflejos rotulianos exagerados. La marcha sobre un piso duro le resulta al enfermo dolorosa, según él dice. No hay anestesia faríngea, ni sensorial de la vista, oído, ni olfato. No se encuentran trastornos articulares artropáticos ni lesiones de los huesos, *ni indicios de atrofia muscular*.

Un examen del enfermo no completo, y dejándose llevar de lo más saliente, parece inclinar el juicio decididamente en pro de una siringomielia, pero el tipo de las alteraciones de la sensibilidad, no es el de la siringomielia. La anestesia dolorosa de la planta del pié es también un argumento en contra de la siringomielia, y lo mismo le sucede á la edad del enfermo, pues aun considerando el *ataque á la cabeza* como el primer síntoma, cosa poco admisible, pues es sabido no son los ictus apopléticos síntomas primarios de esa enfermedad, tendríamos que admitir que había comenzado el proceso hacia los once ó doce años, edad por lo menos excepcionalísima por lo temprana. Por último, aunque las irregularidades en la siringomielia son numerosísimas y variadas, la falta absoluta de atrofia muscular es una razón poderosa en contra de la lesión medular. Para diagnosticar sólo histerismo, falta la anestesia sensorial. El tipo de las perionixis es por completo ajeno al histerismo y propio de los trastornos tróficos de la siringomielia, en la que, en cambio, no se suelen encontrar eritemas purpúricos, como los de nuestro enfermo. Creo razonable, por lo expuesto, y haber sido ya señalada esta asociación patológica, diagnosticar mi enfermo de un caso atípico de siringomielia asociada á histerismo.

El Dr. Pardo Regidor: No le parece muy seguro el diagnóstico de gangrena de la boca y más bien cree en un lupus, pues el análisis de los tejidos tiene que dar el bacilus de Koch. Es un caso difícil y según la observación, yo no puedo afirmar que sea ese individuo un lúpico, pero no creo que sea *noma*, puesto que el aspecto de la boca es todo lo contrario á como debía ser, porque la tenía intacta: es el único sitio donde no tiene nada.

Respecto al segundo enfermo que dice que tiene puntos de contacto con el de Unna, es verdad; pero yo no sé si estará influído por el sistema nervioso. La radial del lado izquierdo apenas se percibe y hay una gran algidez en este antebrazo en oposición á la hipertermia del lado derecho: parece que más que por la circulación, está influído por la inervación.

El *Dr. Muñóz*, comienza afirmando que es un caso muy dudoso puesto que el mismo Dr. Azúa, no se atreve á dar una opinión definitiva, y lo que parece más sencillo es muy difícil cuando se trata de buscar la causa primera, además de que, en su concepto, se trata de un problema fisiológico. El ventrículo izquierdo se dilata ó se achica según que el enfermo está cansado ó descansado, de modo que hay una especie de autonomía entre los vasos y el corazón, á no ser que las cuestiones patológicas se resuelvan por diferente mecanismo que en estado fisiológico, y bien pudiera tratarse de una enfermedad del corazón. Me parece que el ventrículo izquierdo no puede permitirse el lujo de dilatarse por sí solo, ni los vasos pueden tomar una intervención tan completa en la circulación sin que el corazón proteste. Ya advertí el año pasado la diferencia entre la temperatura de uno y otro brazo, y por eso creo que se debe clasificar á este enfermo entre los cardíacos vasculares y no pensar en trastornos del sistema periférico, porque no creo que sea fácil ver que faltan los trastornos venosos á trozos en una misma vena.

El *Dr. Pérez Fábregas*, opina que el diagnóstico de asfixia es exacto y le juzga más típico que el caso de Unna, creyendo que el origen de todo sea, además del sistema nervioso, que está impresionado, una cardiopatía con trastornos periféricos.

El Dr. *Azúa* manifiesta al Dr. Pardo, que es cosa indiscutible puede hacerse el diagnóstico *histológico* del tejido luposo. «Los bacilos, es verdad, añade, son muy raros, pero son sólo necesarios para un diagnóstico bacteriológico que nos da la etiología de un tejido histológicamente luposo. Además, recuérdese que se han practicado las inoculaciones indicadas en los conejos de Indias, y no se han producido lesiones tuberculosas en los que han sobrevivido.

El aspecto de la ulceración fué típicamente gangrenoso y destructor de las encías, huesos y tejidos profundos. Nunca presentó en la periferia de las lesiones nada que se pareciera á las eflorescencias primarias del lupus.

Respecto al enfermo de asfixia reticular cutánea, le manifiesto que la diferencia que ha encontrado entre la temperatura de ambos antebrazos, es un hecho debido á circunstancias fortuítas. La diferencia de las radiales es evidente, y se hizo notar la primera vez que se habló del enfermo. Es un defecto de formación vascular, que apoya mis opiniones acerca del enfermo. El sistema nervioso de este enfermo no tiene alteración apreciable. Mentalmente es un hombre equilibrado, y en la esfera orgánica nerviosa, sensitiva y motora, existe una integridad funcional perfecta. Lo vaso-motor inseparable

de lo propiamente vascular, no presenta manifestaciones que se puedan estimar autónomas.

Al Dr. Muñoz, cuya acertada intervención agradezco, le invito á que compruebe la exactitud rigurosa de los hechos afirmados respecto del estado del corazón en el estado de reposo y movimiento.

Piensa el Dr. Pérez Fábregas de acuerdo conmigo, y tiene gran valor su opinión, puesto que procede de un estudio concienzudo del enfermo. Gracias por sus elogios. — EDUARDO TOLEDO.

PERIÓDICOS

La esencia de trementina aplicada directamente en los focos de infección, en las infecciones puerperales y en las nefritis agudas blenorrágicas.—Con motivo de los buenos resultados obtenidos por el Dr. Pou y Font, de Palautordera, publica D. E. Corminas en la *Revista de Ciencias Médicas* de Barcelona, los casos siguientes, observados por el doctor Pou, que se refieren á la esposa de un empleado en la estación del ferrocarril, que á consecuencia de una caída, abortó á los tres meses de embarazo. Dos días después aquejó dolores violentos en el bajo vientre, con abundante hemorragia. El Dr. Pou limpió la vagina de los coágulos, vió que pendían del útero unos 2 ó 3 centímetros de cordón y que manaba de aquél sangre y pus, de suma fetidez; la enferma no había dado la placenta, tenía vómitos y 39°,7 de temperatura. Con las pinzas cogió el cordón y con la mano exprimió el vientre; resultado, se rompió el cordón á unos 5 centímetros. Entonces, sin pérdida de tiempo, practicó, sin anestesia y con ayuda de las amigas de la enferma, el raspado; hizo un abundante lavado intra-uterino con agua bórica y se retiró, ordenando antes lavajes vaginales cada seis horas (ergotina y sulfato de quinina, aa. 0'15; extracto de opio, 0'01); una píldora cada dos horas y poción de Riverio á pasto.

Primer día (doce horas más tarde). Por la mañana la temperatura era de 38°,9; los dolores habían disminuído un poco, pero no la hemorragia.

Por la tarde, todo había empeorado; tenía escalofríos, temperatura 40°,1, pulso muy frecuente, náuseas, gran postración, aumento de los dolores con hemorragia y ésta con mucha fetidez. Mandó inmediatamente por esencia de trementina y algodón aséptico; pero he aquí que se olvida el algodón, distando la oficina unos 3 kilómetros de la casa, y llevando el doctor Pou la jeringa de Braun para darle una inyección de hazelina, estando ya mucho rato en la casa y vista la gravedad extrema de la enferma, se decidió á darle una inyección de esencia de trementina, llenando bien la jeringa. Ninguna molestia experimentó por ello la enferma. Suspendió la medicación que tenía y le puso poción de Todd con extracto de quina y lavajes vaginales.

Segundo día. Por la mañana había ligera mejora y pasado relativamente mejor la noche; repitió la inyección, previo lavado vaginal, como el día anterior, siguiendo por lo demás igual.

Tercer día. Por la mañana, 38°,1, sin náuseas, pequeñísimo flujo y con

poca fetidez, acusando la enferma manifiesto bienestar; repitió la inyección, pero llenando la jeringa sólo hasta la mitad.

Por la tarde le dijeron que seguía mejorando, lo mismo que el cuarto y quinto día.

Al sexo volvió á verla y sólo halló fenómenos de anemia que trató convenientemente.

Nunca había usado las inyecciones; pero la gravedad extrema del caso, la falta en aquellos momentos del algodón aséptico (ni *séptico*) le decidieron por introducir y dejar en la cavidad uterina la esencia de trementina en substancia.

El buen resultado alcanzado en este caso le animó á ensayar el mismo procedimiento en una utero-salpingitis puerperal sobrevenida á la Barrasé de Montseny.

A los nueve días de un parto laborioso, al parecer con perfecto alumbramiento, fué llamado para verla.

Joven; tenía 38°; 80 pulsaciones; bien tonizada; presentaba la matriz menos reducida de lo regular á los nueve días del puerperio, con flujo uterino muy fétido; pus sanguinolento, dolores á los lados del útero hacia las fosas ilíacas. Tenía diarrea frecuente, sin duda por haber comido bastante, á pesar de la fiebre y del malestar del bajo vientre.

Iba prevenido; después de un lavado vaginal le dió una inyección de esencia de trementina; mandó hacerla fricciones de pomada mercurial doble, darle lavados vaginales de agua bórica, y me volví á Palautordera.

A los dos días continuaba mejor del vientre, pero que tenía diarrea; mandé seguir lo dicho y además, que tomara bismuto; se curó.

Una endometritis aguda sobrevenida después de algunos días de llevar una vaginitis blenorrágica. El Dr. Pou hizo dos inyecciones intra-uterinas de esencia con tres días de diferencia, algún semicupio emoliente y lavado vaginal de licor de van Swieten. Curación completa á los seis días de la última inyección. Esta mujer ha concebido después.

En ningún caso las inyecciones causaron la menor molestia; sólo á esta última le produjeron una sensación de quemazón durante unas cuantas horas. Lo que molesta mucho á las enfermas es la esencia que cae sobre los labios al dar la inyección.

«En estas historias clínicas, dice el Dr. Corminas, hay dos cosas nuevas: el modo de aplicar la esencia y su empleo en las metritis agudas no puerperales.

«Yo he empleado siempre la esencia aplicando en el foco de infección torundas de algodón aséptico bien empapadas de líquido. Los hechos, relatados por el Dr. Pou, indican que no hay inconveniente alguno en reemplazar las torundas por las inyecciones. La jeringa de Braun cúbica, aproximadamente 3 centímetros, por lo cual esta es la cantidad de esencia introducida en el útero cada vez.

Este procedimiento quizá es más rápido que el de las torundas, pero tiene el inconveniente de exigir un instrumento especial. Además, por las torundas no se observa el reflujo de esencia del útero á la vulva y se evitan las sensaciones que en ella produce, sobre todo si está sana. Es bien extraño que habiendo, como hay nefritis aguda, cuando se aplica la esencia en el

útero, no haya casi nunca sensaciones dolorosas, que son más frecuentes en las aplicaciones vulvares, como ha notado el Dr. Pou.

La curación de una endometritis blenorrágica aguda, no puerperal, por medio de las inyecciones de esencia de trementina, es debida por completo á la iniciativa del Dr. Pou, pues yo no la he empleado nunca en estas condiciones, y, sin embargo, es una aplicación muy racional, porque al fin y al cabo las endometritis puerperales son también agudas, y en muchos casos agudísimas. Esta curación demuestra las enérgicas propiedades antisépticas de la esencia, pues en este caso hizo abortar una blenorragia uterina. Prueba también que la esencia de trementina no exacerba una inflamación aguda, sino que la cura.

Estos hechos autorizan á emplear la esencia en todas las endometritis agudas y crónicas, y quizá también en la blenorragia aguda y crónica del hombre.

El hecho de que después de curada de la endometritis blenorrágica quedase la mujer embarazada, prueba la inocuidad de las aplicaciones de esencia en el útero. Yo he observado también lo mismo en mujeres curadas de infecciones puerperales por medio de la esencia de trementina».

Fisiología del sueño.—En la *Revista Médica de Sevilla*, D. José González Rey publica un caso clínico de meningo-encefalitis, para deducir de él la interpretación que en su juicio debe darse á la fisiología del sueño.

El caso se refiere á la niña R., hija de madre linfática y de padre de temparamento también linfático, pero algo nervioso; los productos de esta unión debían llevar fatalmente el sello del linfatismo. La niña R. nació, en efecto linfática, cabello rubio, piel blanca semitransparente, ojos azules y todos cuantos rasgos caracterizan á este temperamento. A causa de ese linfatismo, pues el Dr. Rey ha visto muchos casos iguales, la niña nació en buen estado de carnes que conservó y aumentó con posterioridad merced á los cuidados de su madre.

Esta, un día experimentó una impresión moral vivísima; su organismo se conmovió á impulsos del terror y apenas, mal repuesta de aquella impresión, tuvo el poco acierto de dar el pecho á su hija. «Sería temeridad injustificada, dice el Dr. Rey, negar aquí la correlación de causa á efecto, pues apenas la niña hubo digerido aquella leche, experimentó cambios tan notables en su salud, que la niña presentaba una palidez mate en la piel, palidez que recordaba la de la caquexia ó mejor la de la anemia después de una gran pérdida sanguínea. Parecía que el sistema vascular periférico era asiento de una isquemia casi completa y que la sangre se había concentrado en las vísceras huyendo de la piel. El tacto apreciaba menos calor, menos vida en la cubierta cutánea; la pérdida del apetito se hizo notar; las funciones digestivas eran perezosas; el corazón funcionaba con mayor frecuencia, pero los latidos eran regulares».

Pasaron varios días, más de un mes, en distintas alternativas, pero jamás la niña recobró su color, ni el apetito, perdiendo por completo la animación. Un día, es acometida de violenta fiebre. A las treinta y seis horas de invadido el organismo por la fiebre, pudo diagnosticar seguramente una meningo-encefalitis violenta. El estado emotivo de la madre, influyendo en la secre-

ción láctea—no es el primer caso—y ésta á su vez en la niña, ha sido la causa, primero de ese estado patológico indefinido descrito anteriormente, y seguido del proceso flojístico meningo-encefálico con que se despejó la situación. No es el primer caso análogo que observa; recuerda el de un niño muerto por la misma afección, en el cual la causa fué también una impresión violenta de la madre, y otro muy notable de una joven de diecinueve años, morena, nada linfática que tuvo en su servicio doméstico y que murió de una meningitis á consecuencia de un gran susto.

Lo primero que observó en la niña R. que le hizo diagnosticar la meningitis, fué una tumorosidad notable que salía por la fontanela anterior. Esta niña, como casi todos los linfáticos, presuntos candidatos al raquitismo y á la escrófula, tenía muy agrandadas las fontanelas, y los huesos del cráneo sin unir apenas. La tumorosidad que salía por la fontanela anterior era aplanada, de formal oval, blanda al tacto, el que comprobaba aumento de calor y una pulsación claramente apreciable y de perfecto isocronismo con la pulsación radial. El tacto distinguía perfectamente que aquella pulsación, aquel latido, no era el de una arteria ó vaso aislado, sino el de una masa de tejidos bien vascularizados que se movía á impulsos de la corriente sanguínea que circulaba por sus distintos vasos.

La tumorosidad en los días sucesivos fué aumentando de volumen haciéndose cada vez más notables los caracteres que en ella ha descrito, y á medida que aumentaba su volumen se podía apreciar que la fontanela posterior se abría más, como así las laterales y que las suturas de los huesos del cráneo iban cediendo hasta el extremo, que al noveno día de enfermedad y pocas horas antes de morir la niña, los huesos de la bóveda craneana estaban desarticulados por completo y las suturas fronto-parietal, bi-parietal y temporo-parietal presentaban una separación de más de un centímetro.

El tumor que salía por la fontanela anterior, era, con toda seguridad, la masa encefálica inflamada y la separación de los huesos obedecía indudablemente á la presión excéntrica del encéfalo inflamado que en la lucha venció la escasa resistencia que le oponían las paredes del cráneo mal cerradas por débiles suturas.

Desconfiando en el éxito de la terapéutica, dedicó toda su atención á observar los fenómenos curiosos que la naturaleza ofrecía á su contemplación. Ningún médico ignora las notables mejorías que en el curso de esta enfermedad se comprueban, mejorías tan falaces que ya no nos engañan en su significación pronóstica. En esos períodos de aparente mejoría, que en una ocasión duró hasta dieciocho horas, pudo comprobar siempre que el tumor disminuía de volumen y en ocasiones parecía iba á desaparecer.

El hecho más notable observado, y que tiene relación con el motivo de esta nota de fisiología, es el que se refiere á la circulación cerebral durante el sueño. Varias veces tuvo ocasión de ver á la niña dormida y muchas más despierta, pues ya se sabe que la violencia del dolor de cabeza no permite sino muy raros intervalos de sueño y de descanso á los meningíticos. Contando cuidadosamente las pulsaciones del tumor durante la vigilia comprobó siempre que éstas alcanzaban el número de 122 por minuto y haciendo igual operación durante el sueño, rodeándose el Dr. Rey de toda clase de precauciones tanto para evitarle sufrimientos cuanto para no malograr el inten-

to, comprobó también varias veces, que las pulsaciones descendían hasta 108, coincidiendo con la disminución de volumen de la tumorosidad.

Esta observación es muy demostrativa, y aunque el problema está resuelto en el sentido que ya se sabe, no es tan grande el número de hechos que se aducen para considerar que esta observación huelga, siendo tan sólo una redundancia.

Por otra parte y sin que en esto haya nada paradójico, los trastornos patológicos tienen su fisiologismo; un órgano inflamado no suspende su función por la flogosis, continúa funcionando con las modificaciones que el proceso le imprime y sólo deja de ser activo por su destrucción ó por la muerte.

Si esto es por lo que respecta al total funcionamiento de un órgano donde se comprende que la inflamación perturbe sus funciones apartándolas del recorrido fisiológico, varía mucho para la circulación, donde todo queda reducido á mayor ó menor esfuerzo contráctil de las paredes de los vasos para mover é impulsar la sangre que en mayor cantidad afluye y salvo los casos de éxtasis que nunca pasan de los vasos terminales, los ramos de algún calibre siguen funcionando. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 29 *de Enero de* 1901.

Utilidad del tubo laríngeo en la práctica. — El Dr. Pinard: El Dr. Laborde ha referido un nuevo caso de muerte aparente del recién nacido, tratado con éxito por las tracciones rítmicas de la lengua. Dice que este método permite el abandono del tubo laríngeo.

Protesto con todas mis fuerzas contra esta aserción, y me fundo en las razones siguientes: En la mayor parte de los casos de muerte aparente del recién nacido, las vías respiratorias—laringe, tráquea, bronquios—están obstruídos por moco, de modo que el aire no puede penetrar en los pulmones. Aunque se despierte el reflejo cardio-respiratorio, es completamente inútil mientras no se desobstruyan dichas vías. Esta desobstrucción se obtiene fácil y seguramente por medio del tubo laríngeo, pero es imposible obtenerla por las tracciones rítmicas de la lengua. La excitación ocasionada por el tubo, basta de ordinario para producir la primera inspiración y es inútil insuflar. Creo que es peligroso excitar el reflejo cardio-respiratorio, antes de desobstruir las vías respiratorias.

Por estas razones digo que el práctico que no posee el tubo laríngeo se priva del medio más racional y más eficaz para volver á la vida al niño que nace en estado de muerte aparente.

Inyecciones lumbares de cocaína en las parturientas. — El Dr. Porack: He empleado diez veces este procedimiento sirviéndome de la disolución al 1 por 100 y no excediendo la dosis de centígramo y medio á 2 centígramos. No creo que la operación sea difícil porque las parturientas suelen ser gruesas. En mis tentativas he fracasado cuatro veces.

En los casos que conseguí introducir la aguja en el conducto medular, los resultados fueron notables. Obtuve la analgesia de los miembros inferiores á los siete minutos; en 2 casos la analgesia se extendió hasta el cuello. En estas condiciones he practicado cinco intervenciones obstétricas y he observado la persistencia de la anestesia durante más de tres cuartos de hora.

Una vez recurrí á este medio en un parto normal á causa de los sufrimientos de la enferma; pero más que por este motivo, lo hice por ver si la disolución de cocaína esterilizada á 120°, conservaba sus propiedades anestésicas. Cuando hice la inyección, la dilatación del cuello tenía las dimensiones de un duro; los dolores cesaron inmediatamente. A los treinta y cinco minutos la mujer principió á sentir los dolores y á la hora y media había recobrado la sensibilidad. El parto no se aceleró. Esto demuestra que si se hubiera querido hacer parir á esta mujer sin dolores, hubiera sido necesario repetir las inyecciones de cocaína.

He observado después de estas inyecciones molestias ligeras, en particular náuseas que duraron á lo sumo un cuarto de hora. Una parturienta tuvo cefalalgia que duró hasta el día siguiente.

En resumen, creo que las inyecciones lumbares de cocaína están indicadas en las operaciones obstétricas, pero no en el parto normal.

El Dr. Reclus: Muchos autores citan casos de infección debida á sus disoluciones de cocaína, pero es fácil emplear sólo disoluciones esterilizadas. La que se usa en mi Clínica, se esteriliza á 120°.

Inyecciones intra-raquidianas de cocaína en cirugía general.—El Dr. Tuffier: He utilizado en 300 operaciones la anestesia obtenida por las inyecciones intrarraquidianas de cocaína. Además, he coleccionado 1000 casos en los que se usó este medio. De estos 1300 individuos, sólo murió 1 que tenía enfermo el corazón. En ningún caso se han observado alteraciones medulares.

Respecto á la analgesia sólo dejó de obtenerse en un caso. En los restantes fué completa; desapareció únicamente la sensibilidad para el dolor.

Cuando se hace la inyección con mucha lentitud, la analgesia se limita á los miembros inferiores. Si se hace con rapidez, llega hasta el ombligo y muchas veces hasta la parte superior del tórax.

Si se emplea una disolución más densa que el líquido cefalo-raquídeo (añadiendo sal por ejemplo), y se inyecta con lentitud, puede limitarse la analgesia al lado de la inyección.

En resumen, este método puede emplearse en todas las operaciones sobre los miembros inferiores, el abdomen, el tórax y aun los miembros superiores. Pero en las grandes intervenciones sobre el abdomen, es preferible recurrir á la anestesia clorofórmica, á causa de los vómitos que suele producir la analgesia por la cocaína.

La analgesia cocaínica, dura de sesenta á noventa minutos.

En el 10 por 100 de los casos no hubo accidente alguno. En el 80 por 100 se observaron malestar, náuseas y á veces vómitos.

En la tarde del día de la operación se observa con frecuencia en los operados cefalalgia, que puede durar dos ó tres horas. En ciertos casos hay también cefalalgia tardía que sobreviene tres ó cuatro días después de la operación y dura veinticuatro á cuarenta y ocho horas.

Cuanto á la elevación térmica, sobreviene con regularidad cinco horas después de la operación; dura cinco á seis horas y desaparece al día siguiente.

Este método puede emplearse impunemente en los cardíacos y arterio-esclerosos. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 23 de Enero de 1901.

Herida penetrante del cráneo por bala de revólver; utilidad de la radiografía. — El Dr. Mignon: La siguiente observación demuestra una vez más la utilidad de la radiografía en estos casos; las pruebas han sido hechas por el Dr. Loison. Se trata de un soldado que, á consecuencia de un disparo de revólver en la sien, tuvo vértigos; la radiografía señaló que el proyectil estaba situado á 2 centímetros pór detrás de la apófisis orbitaria externa, y en este punto exactamente es en el que la trepanación me ha permitido encontrarlo y extraerlo.

Rotura del bazo.—El Dr. Loison: En 1898 he presentado aquí un enfermo que había tenido una rotura del bazo. La comunicación que el Dr. Auvray hizo en la sesión anterior, referente á un caso de este género, me lleva á comunicaros la observación de mi enfermo. Este hombre había recibido una coz en el hipocondrio izquierdo; dos ó tres costillas se fracturaron, se presentó hematuria y el vientre se timpanizó; al día siguiente el pulso latía 120 veces por minuto y la temperatura marcaba 38°. Hice la laparotomía, y encontré por debajo de las asas intestinales, que no estaban desgarradas, una enorme cantidad de sangre y de coágulos que extraje en seguida; en el fondo pude ver el bazo desgarrado en su polo superior; después de haber hecho un taponamiento bien apretado suturé el abdomen y el operado curó sin incidentes.

Laparotomía por apendicitis aguda.—El Dr. Poirier: En una comunicación que hice acerca del tratamiento de la apendicitis en 1898, llegué á la conclusión de que no existe tratamiento médico de la apendicitis y de que siempre es necesario operar lo más pronto posible. Esta opinión no fué aceptada por un cierto número de nuestros colegas, y desde entonces acá debo reconocer que no es más aceptada por los médicos. Y aun parece que se ha producido una reacción acentuándose contra las intervenciones. A pesar de esto no he dejado de persistir en mis ideas, y hé aquí los resultados que he obtenido: En dos años he recogido 64 observaciones, y todos mis enfermos han sido operados por mis internos ó por mí, siguiendo el procedimiento ordinario de la incisión sobre el borde del músculo recto. Cuarenta y seis enfermos han sido operados en el Hospital y 18 en la población. Los 46 primeros se des-

componen así: 26 en 1899; 7 en frío y 19 en caliente; 2 de estos últimos han sucumbido; 20 en 1900; 1 en frío y 19 en caliente sin mortalidad. Mis operados en la población han sido en número de 18; 7 en 1899 y 11 en 1900. De ellos han sucumbido 4, lo que se explica por las condiciones mucho menos favorables en que se opera. Por lo tanto, continúo convencido de que la operación precoz da el mayor número de posibilidades de curación y pone al abrigo de la septicemia peritoneal, que es más de temer cuando el abdomen no ha sido abierto. He de añadir que, en muchos casos en que los accidentes han persistido después de la laparotomía, les he visto ceder á una aplicación de sanguijuelas.—Codina Castellví.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA INGLESA

Sesión del día 10 *de Enero de* 1901.

Historia del tratamiento científico del prolapso del útero.—El Dr. W. J. Smyly dijo que los vendajes y los pesarios eran conocidos de Hipócrates, pero que el primer paso hacia el tratamiento racional consistió en el estudio de la anatomía normal y patológica de las vísceras pelvianas y del mecanismo que sostiene el útero en su sitio. Mattews Duncan incurrió en un error al exagerar la propiedad retentiva del abdomen. Fritsch atribuyó la prevención del prolapso á dos causas: *a*), las relaciones de la presión intra-abdominal que retiene el útero en posición; *b*), los ligamentos que impiden su descenso. Hegar ha desarrollado esta teoría y admite que el prolapso es debido primitivamente: *a*), á la poca resistencia del suelo pelviano cuando carece de la fuerza retentiva necesaria, en cuyo caso sobreviene el cistocele, la retroversión, la prolongación supra-vaginal del cuello, el descenso del útero, y por último, la inversión en las paredes vaginales posteriores; *b*), á la falta de resistencia de los ligamentos, en cuyo caso hay primero retroversión y descenso del útero, sin prolongación supra-vaginal, é inversión de las dos paredes vaginales. «Aunque estas dos formas de prolapso suelen combinarse, en ciertos casos se presentan aisladamente y exigen un tratamiento distinto por completo».

Para emplear la primera variedad, Berry Hart, dice que la hendidura vaginal divide el suelo pelviano en dos triángulos. Si después del parto los elevadores del ano no conservan su tonicidad normal, y el triángulo posterior deja de sostener al anterior, este último desciende, el cuello uterino es dirigido hacia abajo y hacia adelante, se produce la retroversión, el eje mayor del útero coincide con el de la vagina y el prolapso es solo cuestión de tiempo. Cuando los ligamentos pierden su fuerza de resistencia, el útero, más pronto ó más tarde, descansa sobre el fondo del seno de Douglas, si no hay algún obstáculo que se oponga á ello. Las adherencias que tienden á retener el útero cuando su eje longitudinal corresponde con el de la vagina, favorecen más bien que dificultan el descenso. Si los ligamentos son impotentes, la retroversión es el primer paso del descenso, pero mientras el útero se halle en posición horizontal y el suelo pelviano permanezca intac-

to, el prolapso es imposible. En los casos de prolapso cuando hay defecto primitivo de los ligamentos, lo primero que debe corregirse es la retroversión.

Para reponer el útero en su sitio emplea la manipulación bimanual. La sonda rara vez es necesaria y jamás útil si hay adherencias. Si éstas lo hacen necesario recurre al amasamiento, método de Schultze, ó á la cœliotomía. Ha usado sin inconveniete en muchos casos el método de Schultze. Para retener el útero reducido practica la ventro-fijación si por alguna causa es inútil el pesario; ha usado siempre el pesario de Hodge-Smith ó el de Thomas. En los casos de prolapso complicado con destrucción del suelo de la pelvis, aconseja casi siempre, los procedimientos operatorios. Las primeras operaciones son ineficaces porque sólo tienen por objeto separar el suelo pelviano, pero las de Simón y Hegar tienden á dirigir el cuello uterino haciá atrás, y son eficaces. Huguier aconseja la amputación cervical. La operación completa que practica desde hace años el Dr. Smyly, comprende: 1.°, raspado del útero; 2.°, extirpación de un trozo oval de membrana mucosa de la pared vaginal anterior y elevación de la vejiga; 3.°, amputación del cuello uterino; 4.°, fijación del útero y colporrafia anterior; 5.°, colpoperineorrafia posterior. No cree que la extirpación del útero, combinada con la colporrafia y perineorragia anterior y posterior, tenga ventaja alguna sobre los procedimientos más conservadores.—F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 11 *de Enero de* 1901.

Resección de la vejiga urinaria.—El Dr. Zuckerkandl: En el enfermo que aquí presento practiqué la resección de la vejiga á causa de existir en el vértice de la misma un carcinoma, el cual presentaba una exulceración del tamaño de medio duro y daba origen á abundantes hemorragias. Se empleó el procedimiento de la talla hipogástrica, y una vez practicada la incisión, se resecó toda la mitad superior de la vejiga que estaba infiltrada por el neoplasma, puesto que las adherencias que había entre la vejiga y el peritoneo, hacían irrealizable la enucleación del órgano. La parte que quedó de la vejiga se transformó en una cavidad, se la reunió por medio de suturas y se estableció un desagüe á manera de sifón. El curso post-operatorio no dejó de presentar alguna alteración. En los primeros días hubo hematemesis y cámaras sanguinolentas; también sobrevino hipo que persistió diez días. Esto no obstante no se observó la menor perturbación en la marcha del proceso curativo de la herida. La gran superficie cruenta infundibuliforme, se fué reduciendo con mucha rapidez; en la sexta semana se pudo prescindir del desagüe vesical suprapubiano, y á los pocos días se cerró la herida con el empleo de la sonda permanente. El resto que quedó de la vejiga, se ha adaptado bien á las nuevas condiciones que se han creado con la operación y el enfermo puede retener la orina más de dos horas. La vejiga tiene ahora una cabida de 200 cm^3 y la evacuación de la orina se realiza sin ningún tras-

torno ni molestia. El examen cistoscópico demuestra, que la parte superior de la vejiga se continúa en forma de punta. No ha habido cistitis.

En la literatura se encuentran otros 55 casos de resección vesical con una mortalidad relativamente elevada. De todos modos, como quiera que las operaciónes paliativas todavía dan un resultado mucho peor, resulta de ello que la resección es una intervención que está justificada. En general, cuando estos enfermos se someten á la operación, el proceso está ya en un período muy avanzado, lo cual se explica por el hecho de que los cánceres de la vejiga urinaria, es frecuente que permanezcan latentes por mucho tiempo.

Por otra parte como el examen cistoscópico ocasiona á veces abundantes hemorragias, se presta poco en estos casos para esclarecer el diagnóstico, y por lo tanto, habrá ocasiones en que acaso sea necesario practicar con tal objeto una abertura exploradora de la víscera en cuestión.

Cálculo vesical del tamaño de un huevo de gallina. — El Dr. Zuckerkandl: Aquí presento un cálculo vesical muy voluminoso y varias piedrecitas con facetas, que he extraído de la vejiga de un sujeto de ochenta y dos años, por medio de la talla hipogástrica y empleando la anestesia local combinada. Consistió esta última, por una parte en el empleo de la infiltración de Schleich y por otra en la introducción por el recto, y antes de la operación, de antipirina que desde hace algunos años se viene aconsejando como anestésico local en las afecciones dolorosas de la vejiga y con el objeto de hacer más fáciles las intervenciones de carácter local. La anestesia combinada dió excelentes resultados en el caso presente, de tal manera que se pudieron realizar sin ningún dolor tanto la extracción, muy trabajosa por cierto, del voluminoso cálculo, como la de las concreciones pequeñas que había en los divertículos.

Relaciones entre las fosas nasales y los órganos sexuales femeninos. — El Dr. Schiff: El punto de partida de mis investigaciones ha sido el dato que ha publicado Fliess hace algunos años, de que cocainizando determinados puntos de las fosas nasales, se consigue combatir los dolores de la dismenorrea y calmar los del parto. Los puntos de las fosas nasales que estarían muy congestionados durante la menstruación, los designa Fliess con el nombre de «zonas genitales de las fosas nasales» y se encuentran situados en el extremo anterior del cornete inferior y en el tubérculo del tabique, habiendo casos en que se consigue conjurar por completo los dolores dismenorreicos, mediante la cocainización de dichos puntos y hacerlos desaparecer para siempre por medio de un tratamiento local de los mismos. La dismenorrea, que proviene de una causa mecánica, no se consigue modificar, de modo que deje de ser dolorosa con la cocainización; en la que es debida á afecciones uterinas ó de los anejos, el tratamiento aludido suele ser eficaz en muchos casos; en la dismenorrea que tiene por base un estado nervioso y que no va acompañada de afección genital, se consigue casi siempre calmar los dolores con el tratamiento nasal.

En 47 casos de dismenorrea grave y acompañada de dolores que persistían durante varios días, me propuse comprobar la exactitud de estas afirmaciones y he visto que son realmente exactas. Cocainizando las zonas genitales de las fosas nasales con una disolución de cocaína al 20 por 100, obtuve en 35 casos una rápida cesación de los dolores, de tal manera, que las enfermas

respectivas se pasaban todo el día sin ningún dolor; si los dolores reaparecían al día siguiente, una nueva cocainización volvía á producir el mismo favorable resultado. Hay que excluir la posibilidad de un simple efecto sugestivo, puesto que las enfermas no podían tener la menor idea de que se estaba empleando un procedimiento terapéutico y creían únicamente que sólo se les estaba practicando un reconocimiento nasal; á pesar de esto, manifestaban espontáneamente que les habían cesado los dolores. Tampoco se puede atribuir el efecto alcanzado á una acción general producida por la cocaína, puesto que las cantidades de este medicamento que se usaban en cada caso, no eran suficientes para obtener semejante resultado, y, por otra parte, éste no se alcanzaba cuando se anestesiaban las fauces ó las fosas nasales excepto las partes de las mismas que hemos denominado zonas genitales. Si se cocainizan las zonas genitales de una fosa nasal, cesan los dolores en la mitad homónima del abdomen; si se anestesia el extremo anterior del cornete inferior, se calma el dolor hipogástrico; en cambio, si lo que se cocainiza es el tubérculo del tabique, se calman los dolores de hijada. Estos resultados se obtuvieron en todos los casos en que se comenzó con la cocainización al iniciarse los dolores, siendo de advertir que estos casos estuvieron sometidos á observación muchos meses seguidos.

Con la cauterización ó el tratamiento electrolítico de las zonas genitales se consiguió entre 17 casos de molestias dismenorréicas, hacer desaparecer éstas de un modo al parecer definitivo en 12. No se consiguió calmar los dolores con la aplicación de la cocaína en 4 casos de dismenorrea de origen mecánico, en 2 que estaban acompañados de lesiones de los anejos, y en otros en que existía como complicación el histerismo. En 9 casos en que el tratamiento fué del todo ineficaz, se trataba de formas puramente nerviosas de dismenorrea, y sin ninguna afección genital. Eran 15 casos de naturaleza sumamente graves. En 6 casos de 8 que presentaban dolores de hijada y de vientre, que persistían fuera del período menstrual, también he obtenido buen resultado cocainizando las zonas genitales, y en 3 casos se hicieron desaparecer de un modo definitivo los dolores mediante dicha cocainización. En mi entender la desaparición de los dolores, que se alcanza anestesiando las llamadas zonas genitales de las fosas nasales, se explica suponiendo que los dolores no se producen realmente en los órganos genitales, sino en las zonas referidas, desde donde son transferidos á los órganos genitales de la mujer. En apoyo de la opinión que acabo de exponer he de aducir el hecho de que al irritar las zonas genitales nasales se presentan dolores en las partes del vientre que corresponden á dichas zonas, según manifestaban las mismas enfermas cada vez que se practicaba en ellas este experimento.

R. del Valle.

PERIÓDICOS

Mecanismo de la hemorragia en la viruela.—En la viruela hemorrágica primitiva existen alteraciones hemáticas (rareza de los hematoblastos, falta de retracción del coágulo y de formación del suero), análogas á las que se observan en las púrpuras graves. Por este motivo, los Dres. Hayem y Bensaude creen que el nombre más propio es el de púrpura variolosa. Esta lesión hemática, propia de la púrpura y de la viruela, puede producirse en el perro inyectándole sangre de buey. El mecanismo de la hemorragia es, al parecer, idéntico en ambos casos, á saber: 1.°, penetración de productos tóxicos en la sangre; 2.°, aglutinación de los hematoblastos y formación de concreciones sanguíneas; 3.°, obstrucción embólica de los vasillos; 4.°, producción de infartos y de hemorragia por las mucosas.

(*La Med. Moderne*). — F. Toledo.

Relaciones entre la leucoplasia bucal con la sífilis y el cáncer. — La cuestión de las relaciones de la sífilis con la leucoplasia bucal la resuelve el autor, después de un estudio detenido, que se funda en 324 casos, del modo siguiente:

1.° La leucoplasia es una afección que se presenta casi exclusivamente en el sexo masculino; de 324 casos, 313 recayeron en hombres.

2.° Reconoce por origen dos causas principales: la sífilis y el tabaco.

3.° En un 30 por 100 de los casos próximamente se transforma en cáncer bucal.

4.° A pesar de que en los sujetos sifilíticos la dolencia ha sido ocasionada por la enfermedad sifilítica, es completamente rebelde á toda medicación específica antisifilítica.

5.° Cae dentro del cuadro de las afecciones llamadas parasifilíticas.

6.° Finalmente, por su terminación frecuente en cáncer bucal, agrava mucho el pronóstico de la sífilis, puesto que muchos sifilíticos sucumben á consecuencia del cáncer que se ha desarrollado después de la leucoplasia.

(*Wiener klin. Rundschau*). — R. del Valle.

Tratamiento de las quemaduras graves por las grandes inyecciones subcutáneas de suero artificial. — Besson se ha ocupado de este asunto en la Sociedad médico-quirúrgica de Lila, citando 17 observaciones de quemaduras extensas tratadas por las inyecciones cotidianas subcutáneas de agua salada á la dosis de 500 á 2000 gramos. La causa de la muerte en dichas quemaduras es la deshidratación de la sangre. Los elementos figurados de ésta se alteran y se forman embolias que suprimen la actividad de los órganos depuradores (hígado, riñones), resultando la acumulación de toxinas en el organismo. Las inyecciones subcutáneas abundantes de suero artificial, fluidifican la sangre y favorecen la eliminación de las toxinas.

(*Journal méd. de Bruxelles*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

DOS PALABRAS ACERCA DE LA GRIPPE

POR EL

DOCTOR DON JUAN MANUEL MARIANI

Médico de número del Hospital de la Princesa. Madrid.

Por ser de actualidad, voy á hacer algunas breves consideraciones acerca de esta infección, desconocida de nosotros hasta el año 1889, pero que ya en otras épocas había causado numerosas víctimas, hasta el punto de que, según yo he leído, no recuerdo en dónde, la costumbre tradicional de decir Jesús cuando se estornuda, tiene su origen en que había epidemias de una enfermedad que comenzaba con síntomas de catarro, y era tan mortífera, que cuando una persona estornudaba, se invocaba el nombre de Jesús, bien como exclamación, ó bien como invocación para que la librase de la muerte.

Sea de esto lo que quiera, es lo cierto que desde la epidemia de diciembre de 1889 y enero del 90, que tantas víctimas ocasionó en toda Europa, no ha habido invierno en el que no se desarrolle con más ó menos intensidad, en los meses de enero y febrero, de preferencia; y es también evidente que es la más grave de todas las infecciones.

¿En qué consiste su gravedad? Pues en que el germen que la determina, el dichoso bacilo de Pfeifer, ejerce una acción siderante sobre los centros nerviosos, y, sobre todo, el gran simpático, que dicho sea de paso, no sé por qué tiene este benévolo calificativo, pues que mejor podría llamarse el gran antipático, pues es susceptible, vengativo, traidor, y tan difícil de conocer y tratar, que nos sorprende constantemente con sus inesperadas resoluciones.

Una demostración bien evidente de estos efectos de trisplanismo

que la grippe determina, la tenemos en la debilidad profunda, en el decaimiento, en la postración física y moral en que queda el enfermo que la padece, aun después del ataque más benigno.

Un sujeto vigoroso y fuerte sufre un ataque de grippe, de forma dolorosa, con 38° de temperatura como máxima y duración de cuarenta y ocho horas, y, sin embargo, con tan poca cantidad de enfermedad aparente, la convalecencia dura veinte días; y si comete alguna trasgresión de régimen ó sufre un enfriamiento, el germen revive, la enfermedad se agudiza, y adquiere una forma rápidamente grave, y en muchas ocasiones mortal.

En Madrid, por lo menos, yo he observado que la grippe se desarrolla bajo la forma epidémica en los meses de fines de diciembre á mediados de febrero, con poca intensidad y mucha benignidad en los años lluviosos, con mucha intensidad y mayor malignidad en los años fríos y secos, en los que la diferencia de la temperatura máxima á la mínima es á veces de 15°, y en los que la temperatura al sol es sofocante en el centro del día y la de la sombra hiela el cuerpo.

En el presente año, la grippe ha comenzado á fines de diciembre, y ha seguido con su suavidad acostumbrada, ha ido poco á poco tomando incremento, y á medida que han transcurrido los días, ha revestido mayor gravedad.

Los primeros casos que yo ví á fines de diciembre, fué en un convento, donde en dos días fueron atacadas 32 religiosas, siendo todos los casos benignos, y no habiendo recaída más que en dos que se levantaron antes de lo debido y se expusieron al aire libre.

Desde aquella fecha, he visto en mi clientela cada día más enfermos y cada día más graves, habiendo tenido ocasión de observar desde fines de enero numerosos casos de pneumonías grippales, tan graves todas como lo son siempre, y seguidas de muerte en muchos casos.

No solamente tiene la infección grippal como característica el producir la sideración de los centros nerviosos, reflejada por el aplanamiento, por la adinamia y por la hipotermia, sino que, como consecuencia indudable de los trastornos vaso-motores á que da lugar, determina fenómenos de parálisis vaso-motora, que son el origen de las grandes congestiones en los órganos viscerales y de la fugacidad y variabilidad de las lesiones anatómicas que le acompañan.

Tomando el pulmón como tipo de las localizaciones grippales, habremos visto todos los médicos infinidad de veces, sujetos inva-

didos de una grippe, en apariencia benigna, que de una visita á otra tienen un pulmón completamente ingurgitado, como en período de hepatización pneumónica, y que en la visita siguiente sólo quedan focos de esta hepatización supuesta, y en cambio, el pulmón que se encontraba indemne es el afectado; habremos visto otro tipo, en que con síntomas generales muy poco alarmantes, el enfermo comienza á esputar sangre espumosa, verdadera pseudo-hemorragia, porque el aspecto del esputo es rosado y no verdaderamente sanguíneo, y á tener el pulmón, de vértice á base, lleno de estertores subcrepitantes y mucosos, que lo mismo se escuchan por la parte anterior que por la posterior y lateral.

Hemos convenido en llamar pneumonías grippales á estos casos, pero realmente son congestiones paralíticas del pulmón, que van siempre seguidas de muerte, porque, como antes decíamos, el ataque al gran simpático es tan rudo y tan violento, que estos enfermos mueren de trisplanismo en dos ó tres días, pues al mismo tiempo que se desarrolla la congestión paralítica en los pulmones, el pulso se hace pequeño, la temperatura desciende y el músculo cardíaco pierde sus energías, y temblando cada vez con menor energía, porque no se puede llamar latir á lo que hace, cae en asistolia permanente, muriendo estos enfermos como los laparotomizados, que no reaccionan, como las ranas cuando se las golpea el vientre, excepción hecha de la localización paralítica del pulmón.

No son éstas las dos únicas formas que presenta la grippe pulmonar congestiva, hay una tercera que es más benigna: el enfermo es invadido de grippe con bronquitis poco intensa; esta bronquitis va propagándose poco á poco en las profundidades del árbol bronquial, la temperatura no es muy alta, la auscultación no revela más que sibilancias de diferentes tonos, pero de pronto el enfermo siente algo de frío, la temperatura sube y la auscultación revela focos pequeños y diseminados de pneumonía; estos focos desaparecen sin recorrer su evolución clásica, y se presentan en puntos que antes estaban libres de ellos, á pesar de lo cual, es la forma de grippe pulmonar menos grave y que más se asemeja en su marcha y en su terminación á la bronco-pneumonía catarral, tan antiguamente conocida de todos los clínicos y tan diferente de la histórica pneumonía fibrinosa, de la que quedan tan pocos ejemplares, que casi para recordarla tenemos que volverla á leer en las obras clásicas.

No se limitan á éstas las manifestaciones pulmonares de la grippe, pues que existe otra que podemos llamar bronco-alveolitis grippal,

que difiere completamente en su sintomatología y en su curso de las anteriores; abre la marcha una bronquitis intensa con fiebre de 38 á 39°, tos seca y quintosa y sibilancias diseminadas por todo el tórax. Pasados cuatro ó cinco días, comienza una expectoración de burbujas con algún pequeñito grumo de moco compacto; á la auscultación se nota algún estertor crepitante muy diseminado, y en los días sucesivos estos estertores subcrepitantes y mucosos aumentan, disminuye la expectoración espumosa, y aquellos pequeños grumos mucosos son sustituídos por esputos nummulares del tamaño de un céntimo, completamente idénticos á los esputos de los tuberculosos en período de reblandecimiento.

Como este cuadro se prolonga muchos días y la fiebre tiene un carácter remitente muy marcado, y la acompañan sudores profusos y desnutrición rápida y considerable depresión de fuerzas, no es extraño que ante un enfermo de estos, pueda pensarse en una tuberculización aguda. Y yo, por mi parte, he cometido algún error de diagnóstico en semejantes casos, cuando la epidemia de 1889 en que los ví por vez primera, y en los que el examen bacteriológico de los esputos desvaneció la equivocación cometida.

Estas son las formas graves de las localizaciones pulmonares de la grippe; no quiero hablar de las formas leves, porque no tienen gran importancia clínica, y porque sería hacer este artículo más largo de lo que me propongo, pero no quiero dejar de consignar que las laringitis y traqueo-bronquitis, por benignas que sean, deben atenderse con mucho cuidado, porque suelen ser, en los sujetos predispuestos, el prólogo de lesiones pulmonares ulteriores graves.

La forma abdominal de la grippe es poco frecuente, ó por lo menos lo ha sido en los casos por mí observados como tipo único é independiente; por regla general, precede á las formas pulmonares ó las acompaña desde el principio, ó es el prólogo de manifestaciones cerebrales ó meníngeas.

Cuando ella se presenta independiente de toda otra manifestación, puede confundirse con la fiebre tifoidea, y todos recordamos que en la epidemia de fiebre tifoidea de fines de noviembre y diciembre de 1899, hubo muchos médicos, entre los que yo no me encontraba, que creyeron que se trataba de fiebres grippales de forma abdominal, y no del verdadero íleo-tifus.

Pocos días hace que he asistido á una niña de siete años, que presentaba síntomas gastro-intestinales con fiebre poco alta (38°,5 como máxima), cefalalgia no muy intensa y dolor en la fosa ilíaca dere-

cha, lengua muy saburral y timpanización ligera; al séptimo día, una epistaxis; falta de manchas rosáceas, pero este síntoma es tan poco constante, que cuando no existe y existen los demás, no es suficiente por sí sólo para desechar un diagnóstico: diagnostico de fiebre tifoidea benigna, y ni sufro yo ninguna intranquilidad por esta enferma, ni tampoco intranquilizo á la familia; á los trece días de enfermedad y de una visita á otra, me encuentro á la enfermita completamente transformada: cara contraída, pulso frecuentísimo y pequeño, respiración entrecortada y suspirosa, mirada apagada y dilatación pupilar *ad maximum*, sin que la pupila reaccione á la luz; temperatura axilar 38°,5; la epistaxis se había renovado durante la noche.

¿Era una hemorragia intestinal la que había agravado la situación de tal manera? No, porque la temperatura no había descendido y porque, además, á la niña le habían puesto la irrigación intestinal que le correspondía por la mañana, y no había salido con ella ninguna materia sospechosa. ¿Era una meningitis mal diagnosticada desde el principio? Tampoco, porque no había antecedentes, ni prodromos, ni vómitos, ni astricción, ni depresión del vientre, ni convulsiones, ni contracturas, y porque la niña, á pesar de los síntomas pupilares, de los de respiración, de los de pulso y de los de temperatura, conservaba íntegras sus facultades mentales, contestaba á cuantas preguntas se la dirigían, sacaba la lengua, la movía según se le indicaba, y no presentaba ningún síntoma de estupor ni de coma.

Todos los síntomas antes descritos, obedecían indudablemente á una intoxicación bulbar, pero no á una intoxicación por las toxinas del bacilo de Ebert, sino á una intoxicación por las toxinas del bacilo de Pfeifer, que simuló una infección tifoidea benigna, y que dió origen á una infección bulbar tan peligrosa y grave como lo son todas ellas, y á consecuencia de la cual sucumbió esta niña.

Relativamente, he visto pocos casos de grippe cerebral primitiva ó consecutiva á manifestaciones iniciales leves, pero todos ellos han sido mortales casi en absoluto.

La grippe termina por crisis en muchísimos casos, crisis que se caracteriza por la aparición de flogosis supurativas ó exudativas en la piel y en las mucosas.

El herpes labialis es uno de los fenómenos críticos que más á menudo se observan; sigue en orden de frecuencia la estomatitis con sus aftas en la mucosa de los carrillos y en la lengua, y la tumefac-

ción dolorosa y exudativa de las encías; las otitis supuradas no dejan de ser frecuentes en la terminación de la grippe, pudiéndose incluir también entre estas terminaciones críticas la flegmasía *alba dolens*, de la que he observado yo tres casos en hombres, y los abscesos peri-anales, consecuencias que deben considerarse como fenómenos críticos, pues que coinciden con la desaparición de todos los demás síntomas generales de la infección.

Hace poco tiempo, en diciembre último, he observado yo un caso muy curioso de éstos: una señora de cuarenta y seis años, bien constituída, tiene un ataque de grippe benigno, se levanta de la cama á los dos días y sufre una recaída con fiebre alta, sin localización alguna; la fiebre se modera á beneficio del tratamiento, pero no se extingue; á los cinco días, siente la enferma una sensación de quemadura en las palmas de las manos, que no la permite descansar en toda la noche; cuando yo la visito por la mañana, me muestra sus manos llenas de flictenas, desde el tamaño de un guisante al de una castaña; la enferma está apirética aquel día, y desde aquel momento entra en franca convalecencia; las flictenas que contenían un líquido sero-purulento, se abrieron, y cicatrizó el dermis con gran rapidez: este es un caso típico de crisis de la grippe.

No cabe duda de que la grippe es contagiosa; cuando las epidemias son grandes y atacan á la vez á gran número de personas, no extraña que en una misma casa sean invadidos todos los que la habitan, porque el agente infeccioso actúa á la vez sobre todos ellos, pero cuando las epidemias no son intensas, se puede observar cómo en una misma casa van siendo atacados de la grippe sucesivamente los individuos que la habitan unos después de otros; muchos ejemplos pudiera yo citar á propósito de esta observación, pero voy sólo á referir las más concluyentes.

A principios del año pasado hubo una epidemia de grippe en Madrid de mediana intensidad.

Por razones de salud, fuí á pasar una semana al Sanatorio de Busót: acababa de llegar á aquel una familia procedente de Madrid, en la que uno de sus individuos llegó con grippe; el administrador del Sanatorio que tuvo contacto con esta familia, cayó enfermo de un ataque de grippe bastante fuerte; el Dr. Lasbennes, Director de tan recomendable estación invernal, y que asistió á este enfermo, fué invadido de la grippe á los pocos días, después lo fué su esposa y lo fueron sucesivamente las personas que habían entrado á visitarlos y á hacerles compañía durante su enfermedad; es de

advertir, que en Busot no había habido grippe hasta el momento en que llegó la familia que la importó á aquel Sanatorio situado en medio del campo y á hora y media de distancia de centros de población.

Una familia á la cual yo visito, es también un ejemplo de contagio: hacía dos meses que no salía de casa, por ligeras indisposiciones catarrales, uno de sus individuos; una hermana suya que salía á la calle todos los días, es invadida de grippe, y cuando ya se encuentra convaleciente, cae enfermo el sujeto que hacía dos meses no se exponía al más pequeño enfriamiento y cae igualmente enferma la criada que la cuidaba y asistía.

En otra casa sucede un caso análogo, y siete individuos que la habitan son invadidos de grippe sucesivamente.

En los colegios y en los conventos he podido observar lo mismo, siendo invadidos los asilados ó las monjas que han cuidado á los primeros atacados.

La pneumonía grippal es igualmente contagiosa; recuerdo muchísimo el siguiente hecho: en una casa de la calle de San Alberto, mueren tres personas de pneumonía grippal, se traslada el resto de la familia á otra casa, se mudan á ella otros inquilinos y á los dos días de habitarla, son invadidos dos sujetos de pneumonía grippal que también mueren.

En otra casa de la calle de Fuencarral, vivía una madre con su hijo, hombre ya de unos treinta años; la madre es invadida de pneumonía grippal, de la cual muere, y después el hijo es invadido de una pneumonía idéntica, de la cual sucumbe también.

Este año ingresa en mi sala de Santa Casilda una mujer con bronco-pneumonía grippal grave; una enferma que llevaba tres meses en la sala con una bronquitis espasmódica é insuficiencia de la tricúspide, es invadida de una bronco-pneumonía grippal, de la cual sucumbe; á los pocos días otra enferma que llevaba un mes con una bronco-alveolitis crónica, de la cual estaba mejoradísima, es invadida de un ataque de grippe con gran congestión pulmonar y hemoptisis abundantes; conviene precisar por qué digo que la enferma fué contagiada; la enferma estaba, como he dicho, mejoradísima, expectoraba poco y la expectoración era mucosa, comía con apetito, se había nutrido y nunca había tenido fiebre; una mañana en la visita encuentro á la enferma pálida, con escalofríos, raquialgia, lumbago, dolores musculares, dolores en los globos oculares é inyección de la conjuntiva y fiebre de 38°,5.

Otras dos ó tres enfermas de la sala que estaban en ella con mu-

cha anterioridad al ingreso de la pneumónica, fueron igualmente invadidas de grippe, de forma más benigna.

El contagio de la grippe para mí es indudable, lo que tiene de ventajoso es que su acción es poco difusiva, pareciéndose en esto al de la difteria que si conserva por mucho tiempo su energía morbígena, la ejerce á muy poca distancia; de aquí que en una misma casa, pueda haber en uno de los pisos difteria ó grippe, sin que ninguno de los individuos que viven en las otras se contagien, á no tener un contacto inmediato con el sujeto enfermo.

De las consecuencias de la grippe, la más fatal es la tuberculosis; ¿y por qué la grippe favorece el desarrollo de la tuberculosis? Pues por una razón muy sencilla, porque la grippe es la infección que más deprime las energías orgánicas y más depaupera el organismo.

Siempre he sostenido en discusiones académicas y en mis escritos, con la fé que da la convicción, que el bacilo de Koch sólo se desarrolla en los sujetos depauperados, bien desde su nacimiento por herencia ó ya por las múltiples causas de deperdición orgánica que rodean al hombre.

El año pasado tuve el gusto de leer un precioso libro del Dr. Ribard, agregado al servicio de tuberculosos del Hospital Boucicaut, en el que se defiende con argumentos irrefutables la misma tesis.

Pues bien; la grippe produce la tuberculosis porque convierte en terreno abonado el que antes no lo era, porque desnutre, porque debilita, porque deprime las energías nerviosas, porque deja inapetencia por mucho tiempo, porque, en una palabra, produce en pocos días los efectos de una depauperación orgánica lenta, como las provocadas por la miseria, por la crápula, por los vicios, por la falta de aire y de luz, por el desgaste del trabajo excesivo, por todos los motivos, en fin, que conducen fuera de la grippe al desarrollo de la tuberculosis.

Este es el punto más esencial de las consecuencias de la grippe, pues que las neuralgias, las otitis medias supuradas, los trastornos digestivos, los fenómenos neurasténicos y algunas otras de sus consecuencias, son todas pasajeras y curables.

Ya que aunque brevemente me he ocupado de esta enfermedad, teniendo en cuenta sólo los puntos esenciales de su proceso, y muy ligeramente por cierto, no quiero guardar silencio absoluto en lo que toca á su tratamiento.

Realmente, el tratamiento de ésta, como el de todas las demás infecciones, es sintomático, y no hemos de ocuparnos de él porque los

tratamientos sintomáticos sólo pueden establecerse ante el mismo enfermo; varían tanto las indicaciones, son tan diferentes los indicados que en cada sujeto pueden llenarlas, que es imposible establecer reglas concretas y es ocioso el indicar las reglas generales; pero hay en la grippe dos medicamentos que son fundamentales: me refiero al salicilato de sosa y á las sales de quinina; el primero produce una acción indiscutible en el comienzo de la enfermedad, y él, por sí solo, basta casi siempre para combatir las formas leves: su acción sudorífica, eliminando por este emunctorio las toxinas del bacilo de Pfeifer, alguna acción específica ó especial sobre estas mismas toxinas, explican lo bastante sus beneficiosos efectos; pero cuando estos no son suficientes, por tratarse de una infección de forma grave ó de una infección benigna, pero que evoluciona con lentitud y con pereza, entonces tenemos que acudir á la quinina.

No soy yo sospechoso en lo que se refiere á la quinina; ya he dicho en varias ocasiones que debe condenarse el abuso que se hace de este medicamento, que no tiene influencia ninguna sobre los estados febriles, porque ni rebaja la temperatura, ni combate la enfermedad, ni hace más que atolondrar al enfermo y estropearle el estómago y el intestino, provocando muchas veces diarreas intempestivas y enojosas.

No he de hacer la salvedad de que la quinina es el remedio soberano en todo lo que es verdadero paludismo; y digo verdadero paludismo, porque he visto á veces calificar de paludismo larvado cosas que, sólo por el hecho de no ser continuas, se consideraban como intermitentes, y—partiendo de la idea de que todo lo intermitente es palúdico—como palúdicas.

Pues bien, la quinina, que es el específico de la malaria en todas sus formas, es también un medicamento que, si por desgracia, no específico, produce excelente resultado en el tratamiento de la infección grippal, no como antitérmico, que esto importa poco, sino combatiendo el fundamento morboso y disminuyendo sus consecuencias.

En la primera epidemia de grippe, se abusó de los analgésicos antitérmicos, y los fracasos fueron numerosos; la inexperiencia indujo á muchos á quedar complacidos al principio de estos medicamentos, sobre todo de la antipirina, que calmaban los dolores y rebajaban la temperatura; la experiencia enseñó bien pronto sus malos efectos, pues que, después de esta satisfactoria calma, los enfermos se agravaban de un modo aterrador.

Hemos dicho al principio de este artículo, que la acción de las toxinas de la grippe es siderante sobre el gran trisplánico, y si á la sideración de la enfermedad añadimos la de la terapéutica, ayudaremos á la enfermedad y ayudaremos á morir al enfermo; por esta razón, deben proscribirse en absoluto, porque están contraindicados.

Por último, en las formas graves de pneumonía grippal, excepción hecha de la que podemos llamar hemorrágica, debemos recurrir á la hidroterapia, de la que he visto en muchas ocasiones resultados excelentes; los baños templados á 32°, rebajando la temperatura hasta 28 ó 26°, provocan una reacción favorable, entonan el sistema nervioso, activan las funciones de la piel y las del riñón, favoreciendo la eliminación del *humor pecante* (toxina) y salvan enfermos que, sin este recurso, hubieran sucumbido.

BIBLIOGRAFÍA

POR

D. FEDERICO TOLEDO Y CUEVA

Médico en Las Rozas (Madrid).

Tratado de cirugía de urgencia, por el Dr. Félix Lejars, Profesor agregado á la Facultad de Medicina de París. Traducido de la segunda edición francesa por G. Reboles y Campos.

La primera edición de la obra que con el título de *Tratado de cirugía de urgencia* ha escrito el Dr. Félix Lejars, se agotó en poco tiempo, y el autor, en vista del éxito obtenido, acaba de publicar otra nueva, en la que subsana los ligeros defectos de la primera. Esta segunda edición, verdaderamente corregida y aumentada, es la que ha vertido al castellano el Dr. Reboles y Campos y publicado la casa editorial Bailly-Baillière, sin perdonar gastos para que las condiciones tipográficas correspondan al mérito científico de la obra.

La *cirugía de urgencia* del distinguido Profesor de la Facultad de París, es obra esencialmente práctica, como deben ser todas las que se dedican á describir los tratamientos que han de emplearse en los casos urgentes, cuando se necesita obrar sin perder tiempo, porque perderlo es poner en peligro la vida del enfermo. Pero esto no quiere decir que sea un conjunto de tratamientos sin hilación, una es-

pecie de formulario quirúrgico parecido á los formularios de medicina, en los que se exponen para cada enfermedad una serie de fórmulas más ó menos racionales y científicas, pero sin señalar las indicaciones que deben llenarse en cada caso. Nada de eso; el *Tratado de cirugía de urgencia* del Dr. Lejars es, como decimos, una obra esencialmente práctica, pero científica. Cada tratamiento que describe puede considerarse como la última palabra de la ciencia quirúrgica, cada método curativo que aconseja es el más eficaz, el más útil que puede emplearse y el que mejores resultados clínicos permite obtener, pero fundado todo en las indicaciones del caso que debe tratarse.

La obra principia por un estudio tan detallado como completo del material y la operación de urgencia. Nada se olvida en este primer capítulo, desde la preparación aséptica de los útiles de cura hasta la anestesia y la seroterapia.

Estudia después la cirugía de la cabeza: fracturas, traumatismos, cuerpos extraños de las fosas nasales, epistaxis, abscesos de la boca y de la garganta, otitis media, etc.

Las diversas afecciones quirúrgicas del cuello, del pecho y del abdomen, comprenden cerca de 400 páginas. Lejars describe en estos capítulos no sólo los traumatismos, sino las operaciones de traqueotomía é intubacion, la punción pleurítica y la pleurotomía de urgencia. Nada queda por estudiar, como lo prueba el que en el capítulo consagrado á la cirugía del abdomen, estén incluídos desde la enteroclisis y el enema eléctrico hasta las roturas del embarazo tubario.

En la sección dedicada á las afecciones de los órganos genito-urinarios, del recto y del ano, sucede lo mismo.

El capítulo de las hernias estranguladas es uno de los más notables de la obra. Las 100 páginas que el Dr. Lejars dedica á esta cuestión tan importante de la cirugía de urgencia, parecerán pocas para estudiar asunto de tal interés, pero leyéndolas se comprende que nada ha omido su autor de cuanto conviene saber para tratar con éxito una hernia estrangulada y salir airoso de la empresa. Y no se limita el Dr. Lejars á estudiar las hernias estranguladas más comunes, como son la inguinal y la crural, por ejemplo, sino que describe las variedades raras, como la obturatriz, la isquiática y la lumbar.

El último capítulo de la obra, el más extenso y el más importante, está dedicado á la cirugía de urgencia de los miembros. Decimos el más importante, porque son pocos los médicos que pueden practicar operaciónes arriesgadas y graves como la laparotomía ó la nefroto-

mía, pero en cambio, casi todos necesitan tratar luxaciones y fracturas. Por dicho motivo, este capítulo del *Tratado de cirugía de urgencia* es el de mayor utilidad para el práctico, y más todavía para el que ejerce lejos de los grandes centros de población y se ve obligado á tratar traumatismos graves de los miembros con medios muchas veces insuficientes.

La ligera exposición que hemos hecho, especie de índice de la obra del Dr. Lejars, prueba que es un verdadero y completo *Tratado de cirugía de urgencia.*

Las condiciones materiales de la obra en nada desmerecen de las de la edición francesa. Los grabados son numerosos y perfectos. De la traducción nada decimos. El Dr. Reboles y Campos tiene traducidas muchas obras, y su nombre es garantía de un trabajo fiel y esmerado.

Creemos que los médicos españoles acogerán como merece la obra del Dr. Lejars, digna de ser leída no sólo por los cirujanos, sino también por los médicos, porque, como dice el Dr. Cervera en el preámbulo que encabeza la edición española, nadie perderá el tiempo leyéndola; los médicos, por saber aconsejar á tiempo; los cirujanos, para poner en acción á cada momento la cirugía de urgencia.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 4 *de Febrero de* 1901.

Un caso de espasmo de la glotis. — El Dr. Fernández Gómez: Bajo la forma de una nota clínica expuesta sencilla y brevemente, voy á tener el gusto de hacer algunas consideraciones relacionadas con la observación de un niño enfermo que me fué dirigido por un reputado especialista en enfermedades de la laringe; hace tres meses era llevado á mi consulta y por requerimientos insistentes de la madre me encargué de su asistencia; el caso, que no es nuevo, ha ofrecido particularidades dignas de mención.

Cuando ví á este niño era víctima de un acceso de sofocación muy acentuado, lo bastante para poder establecer el diagnóstico. La crisis fué breve, quedando el enfermito bien en apariencia y como si nada hubiera sucedido.

Nos dijo la madre que estos ataques venían sucediéndose en progresión creciente desde hacía tres días, habiendo llevado á su ánimo, natural alarma la extraordinaria intensidad alcanzada por alguno de ellos. Añadía que estos ataques eran generalizados y nosotros pudimos comprobar que no era cierta tal generalización : eran simplemente de espasmo. Procuré como es lógico, enterarme de los antecedentes, y se me dijo que tenía diez meses ; que había sido lactado por su madre unos cuatro meses, presentando normalidad absoluta. Por el estado anémico de la madre se la aconsejó la suspensión de la lactancia, y entonces comenzó á recorrer su hijo la odisea de los niños alimentados artificialmente : se le dió biberón, harina lacteada, agua de arroz, que era lo que toleraba algo mejor, y comenzó á resentirse del régimen á que estaba sometido. El niño era estreñido y, para vencer esta astricción, mezclaban la harina lacteada con una pequeña cantidad de magnesia y de este modo se conseguía que verificara sus deposiciones con regularidad. Había tenido algún insignificante catarro intestinal que con alternativas de astricción y normalidad, realmente sin gran importancia, había pasado regularmente hasta tres días antes, fecha en la que apareció la sofocación.

Estaba insuficientemente desarrollado por los estigmas que pude precisar en el sistema óseo : epífisis abultadas, articulaciones gruesas, carnes fofas, flácidas..... en fin, un estado de desarrollo que no guardaba relación con su edad. Estaba febril y esta fiebre, de carácter continuo, persistió durante dos septenarios con oscilaciones entre 38 y 39°, remitiendo por la mañana. Tenía el vientre abultado, lengua saburrosa, vómitos y diarrea casi todo el tiempo de los dos septenarios, y á pesar de haberse establecido un buen régimen lácteo exclusivo, los vómitos eran bastante frecuentes y la diarrea de materiales líquidos, fétida, verdosa, grumosa ; en estas condiciones llegó la presentación de las crisis de sofocación, cosa que ocurría á la más sencilla exploración. En el momento en que se iba á deprimir el maxilar para examinar la lengua, venía la supresión respiratoria casi completa con los caracteres peculiares y propios del acceso, del cual volvía con rapidez por los estímulos que se le propinaban en el acto.

Examiné al niño muy detenidamente porque estas crisis tenían lugar de veinticinco á treinta veces diarias, cesando por completo en los momentos en que dormía. No presentaba nada por parte del aparato respiratorio, pues examinado con el detenimiento mayor en los intervalos de los accesos, el aire entraba bien, los pulmones estaban perfectamente permeables. La orina se emitía en condiciones regulares y no había alteración de ningún género por parte del sistema nervioso. Así continuó con sus vómitos, diarrea, fiebre y con accesos todos los días, hasta que pasados los doce primeros, bajó la curva térmica, comenzaron á ceder los vómitos, fué la diarrea de materiales mejor elaborados y los accesos disminuyeron, fueron más tardíos, más breves, hasta que, completamente bien, sin crisis, y mejor alimentado, pude darle el alta sin que hasta el momento actual, que van transcurridos dos meses, haya tenido aviso ni noticia de que hubiera alteración alguna.

El caso no tiene mucho de extraordinario, aparte de la frecuencia de los accesos. Están bajo una excitación del recurrente, y esta excitación que determina el espasmo de la glotis, puede ser de origen reflejo directo ó central.

Comenzaré, invirtiendo el orden en que los enumero, por el origen central. El centro nervioso, previsto por Ferrier Ferriz y localizado por Krausse, detrás de la tercera circunvolucion frontal, cuando no hay trastornos anteriores ó reside el espasmo, va asociado á la histeria ó al tétanos, que en este caso no había, porque yo le observé siempre en crisis, sin síntoma alguno de estas afecciones.

Reconoce un origen directo por la misma compresión del pneumogástrico.

Habiendo dicho que el niño no presentaba trastornos respiratorios, se desprende que no había adenopatía traqueo-bronquial ni nada que pudiera hacer creer que por compresión y desviación habían de producir el espasmo. De origen reflejo por excitación del recurrente, por afección laríngea y aquí no se notaba, no existía, según me aseguraba el Dr. Barajas, ni yo ví tampoco nada de particular. Se admite que las excitaciones pueden venir también de ramos sensitivos del pneumogástrico y así es como en los adenoideos, se pueden producir los accesos por ese mecanismo: lo mismo se ha dicho hace tiempo de la dentición, aunque ya esta idea está abandonada, pero hablando de ello diré algo respecto á las determinaciones bronco-pneumónicas, porque yo he sido testigo de un caso que ha quedado grabado en mi memoria de modo indeleble y que habéis de permitirme os esponga.

Asistía yo á una niña que padecía bronco-pneumonía diseminada aguda y de relativa gravedad. Yo tengo por costumbre ser un poco pesado y examinar á los niños lo más detenidamente posible, único medio de poder formar un juicio exacto: la niña de referencia estaba muy mimada y era un poco rabiosa, lloraba exageradamente al ponerla el termómetro, la madre la tenía sobre su falda y yo sujetaba el brazo para inmovilizarle mientras tomaba la temperatura, y la pequeña aumentaba su llanto de protesta. Cuál no sería mi sorpresa cuando ví que la niña acentuó su rabieta, azuleó su cara, sucedió un repentino silencio y quedó muerta. No quiero decir el momento, el rato que yo pasé: procuré hacer la tracción rítmica de la lengua, la respiración artificial, todo cuanto en estos conflictos se intenta y todo fué inútil. Pues este caso creo yo que comprueba cómo el estímulo puede no ser de modo exclusivo del nervio recurrente. Aquella niña no tenía nada laríngeo, el curso de su afección era normal y sólo por el esfuerzo de la rabieta, vino el espasmo repentino y murió. Perdonadme esta digresión.

Decía yo que las excitaciones pueden ser no solo de la zona del recurrente para producir las manifestaciones del espasmo, pero entre las muchas teorías emitidas, hay algunas que no han llegado á vencer, pero han establecido la existencia de hechos clínicos que son inmutables. Hoy no se admite que sea debido á la craneotabes, ni la teoría de Kazowit, ni otras muchas que no han recibido confirmación en la práctica, pero es un hecho de observación que en el raquitismo se presentan los espasmos con alguna frecuencia, y este niño que yo he visto, tiene sus manifestaciones de raquítico. De modo que sin que podamos achacarlos al raquitismo, puesto que ceden en cuanto se les somete á un régimen alimenticio conveniente, también es cierto, y es un hecho clínico, que estas manifestaciones obedecen á trastornos del aparato digestivo, y como estos son frecuentes en el raquitismo, á ello se puede achacar el laringospasmo, es decir, á una auto-infección de origen gastro-intestinal. Eso ha pasado en el niño á que vengo refiriéndome.

Pudiera pronosticarle de caso grave, porque yo no sabía antes la repetición tan continua de los ataques, y en algunos de ellos pudo ocurrir lo que ocurrió en la niña de que antes hablaba. Afortunadamente se modificaron estas manifestaciones y el pronóstico fué dulcificándose.

El tratamiento que se empleó el primer día, cuando le ví en plena crisis, antes de poder preguntar á la madre y de examinar al niño detenidamente, fué un antiespasmódico, y cuando me fuí penetrando por la observación ulterior y pude hacer el diagnóstico, ya comencé por usar una antisepsia intestinal por medio del calomel que se continuó con perseverancia : usé el benzonaftol con el bicarbonato de sosa ; usé preparados de pepsina y ácido clorhídrico ; tonifiqué con quinina y haciéndole vigilar la alimentación, fué asimilando mejor y hoy se encuentra bien completamente. Estas crisis de espasmo reclamaron la balneación y, no teniendo temperaturas muy elevadas, la dispuse porque creo la indicación utilísima y práctica por la acción sedativa del baño templado, con los cuales mejoró hasta el punto de disminuir el número de accesos hasta desaparecer ulteriormente.

He presentado el caso porque prueba que el laringospasmo se puede producir por auto-infección intestinal. Es además raro por la frecuencia é intensidad de los ataques y por habèrse curado pocas veces, finalidad siempre perseguida y alcanzada cuando se trata de enfermitos como el que he tenido el honor de someter á vuestra ilustrada atención.

El *Dr. Barajas* da las gracias al Dr. Fernández Gómez por haber tratado y curado al citado enfermo que le fué enviado por el Dr. Barajas y que justifica el haberse eximido de su tratamiento, porque la investigación detenida que hizo de la laringe y de los órganos inmediatos, no encontró nada que justificase los accesos. Por este motivo, creyendo que se trataba de una afección refleja, quizá intestinal ó quizá cerebral, lo trasladó á la consulta de pediatría del Dr. Fernández Gómez.

Justificando estos temores recuerda un caso al que asistió llamado por el Dr. Cortezo y Redondo únicamente como operador, para practicar la traqueotomía, encontrando á los padres risueños y contentos por haber cedido el acceso que obligó á ser llamado. El niño estaba intubado desde dos días antes, no obstante lo cual continuaban los espasmos obligando esto, según los médicos de cabecera, á que se abriera la tráquea, pero la familia en vista del estado satisfactorio del enfermo, se negó á la operación y en vista de ello salió de allí, pero dejando los instrumentos, encargando que en cualquier momento en que la operación fuera precisa se le llamara. Dos veces lo hicieron y en ambas se negaron los padres á la operación. En la entrevista que tuvo con el Dr. Redondo, le dijo que este niño tenía fenómenos de reflejo pupilar que podían encaminar á diagnosticar un proceso cerebral. Mas habiendo tenido que salir de Madrid el Dr. Barajas el mismo día, llamaron al Dr. Rueda, y tampoco le permitieron practicar la operación. Aquel niño sucumbió al fin sin operar. Con este precedente y puesto que nada había encontrado en el examen local que hiciera necesaria su intervención, el Dr. Barajas envió el niño al Dr. Fernández Gómez.

Cita otro enfermo que tenía un tumor laríngeo que operó y había necesidad de intubarle para evitar los accesos. ¿Es preferible la intubación ó la traqueotomía en estos casos? No se refiere sólo á este caso concreto, puesto que

desde los primeros momentos el Dr. Fernández Gómez le llevó á puerto seguro, pero, en tesis general, dice que prefiere la traqueotomía tratándose de espasmo glótico, se entiende, porque también hay el espasmo muscular de Feòexlen. Expone las razones en que se funda para esto.

El Dr. Fernández Gómez: Yo no había planteado la cuestión de tratamiento quirúrgico, porque la observación me había enseñado que es muy difícil medir la necesidad de ese tratamiento no sabiendo, como no podemos saber, la intensidad del acceso próximo y había que pensar si la traqueotomía debería ser practicada desde los primeros momentos. Yo soy partidario de la traqueotomía más que de la intubación, porque estos casos se dan en individuos empobrecidos.

El *Dr. Ortega* refiere un caso de laringospasmo que duró seis meses con apnea y síncope cada tres días, y cuyo niño vive sin que hubiera intervención quirúrgica, á pesar de aparecer en el curso de una tos ferina, curándose con los medios preconizados para la coqueluche.

El *Dr. Sánchez Calvo* habla de un niño de seis á ocho meses con catarro gastro-intestinal: en el período de unos pocos días quedó muerto de repente por espasmo de la glotis. Cree que la intervención quirúrgica debe hacerse en los casos de infección prolongada y desde los primeros momentos.

Cuerpo extraño en la laringe.—El *Dr. Barragán* expone un caso de espasmo de la glotis en un niño de once años que presentaron en el Hospital de la Princesa al médico de guardia, con fiebre, náuseas intensas, pulso frecuente, débil y pequeño, cara cianótica, corazón tumultuoso, disfonía. El primer acceso lo tuvo comiendo en el campo y cedió con aspersiones de agua fría, quedándole algo de ronquera hasta que se repitió otro acceso y así continuó hasta el momento actual. No quiso reconocerle laringoscópicamente por no permitirlo los accesos y le operó de traqueotomía, empezando el niño á expectorar, cesó la fiebre y cedieron los ataques: se le quitó la cánula cuando se creyó que había pasado el peligro y volvieron los accesos, y por fin en un ataque violento de tos, arrojó una hoja de encina, que presentó á los Sres. Académicos. A los diez días de estancia en el Hospital, fué dado de alta. La génesis de este espasmo es de origen reflejo.

El Dr. Barajas: Desde luego es completamente imposible decidir el momento de la intervención quirúrgica, eso depende de la intensidad y frecuencia de los accsos. El Dr. Ortega, ha tenido suerte con su enfermo, pero bien pudo haber fallecido, dejándole un remordimiento de conciencia.

El *Dr. Frons* dice que entre otras muchas cosas notables que hay en el caso narrado por el Dr. Barragán, no es la menor ver que la laringe no acostumbrada al cuerpo extraño, dejó de producir fenómenos reflejos. Y ó el cuerpo extraño estaba ó no estaba en la laringe: si estaba, pudo y debió hacerse el examen laringoscópico, pues basta una mirada rapidísima para formar idea de la situación y esencia del cuerpo extraño, y por una cocainización extraer el cuerpo sin necesidad de operación cruenta.

Dr. Toledo y Toledo.

PERIÓDICOS

Rotura de la carótida interna en el seno cavernoso. Exoftalmía pulsátil. — En el *Boletín del Colegio Médico*, de Logroño, publica el Dr. D. R. Pereda el caso relativo á un joven de veinticuatro años de edad, que hacía cuatro meses se disparó un tiro de revólver de 12 milímetros en el cuello, produciéndose una herida que le rozó el conducto de la respiración y el alimenticio, que tardó próximamente dos meses en cicatrizar dicha herida, que poco después principiaron á notar él y sus deudos, un abultamiento del ojo izquierdo como si quisiera salirse de su sitio, y, sospechando la familia que el proyectil fuera la causa, le sometieron á reconocimiento del Dr. Pereda, quien observó al nivel del borde superior del cartílago tiroides y dos centímetros á la izquierda de la línea media, una cicatriz oblonga, rosada, algo menor que media judía pequeña, ligeramente abultada y rodeada de algunos puntitos azulados obscuros, debidos á la pólvora; todo ello correspondiente á la entrada de la bala. El enfermo se quejaba de alguna disfagia y se notaba la voz algo velada, circunstancias que ambas concuerdan con la explicación anterior. Por lo demás, no se descubrían lesiones en la boca, fauces ni velo palatino. La lengua, ilesa, permite la palabra fácil. Introduciendo el índice en la faringe, se provocaba náusea, con algún dolor hacia abajo y afuera sobre la parte correspondiente al orificio de entrada, siendo probable que el proyectil, insinuándose entre la faringe y la columna vertebral, subiera en dirección vertical para perderse en la base del cráneo.

Pero lo que llamó desde luego la atención fué el globo ocular izquierdo, cuyo sistema venoso se encontraba tan congestionado, que el tono general de su color era de un violeta acentuado. Las venillas conjuntivales tortuosas en tirabuzón, varicosas, los senos venosos de Fontana, el conducto de Schlemm y las venas palpebrales, sobre todo las superiores, se encontraban ingurgitadas de sangre. A pesar de conservarse bastante bien la vista, el oftalmoscopio descubrió una papila fuertemente edematosa, y las venas retinianas, triplicadas de volumen y muy tortuosas, revelaban el éxtasis de que eran asiento. Desde luego se echó de ver un grave obstáculo al retorno de la sangre en la vena oftálmica. La exoftalmía era evidente, conservándose, no obstante, las funciones motrices y sensitivas, sin más que alguna debilidad de los músculos rectos, que determinaba diplopia pasajera en las excursiones laterales extremas de la mirada. Comprimiendo el globo hacia atrás con las yemas de los dedos índice, medio y anular, y suave firmeza, se logró reducir el ojo, *percibiéndose entonces muy claramente* latidos isócronos con el pulso, sin el *trill* ó estremecimiento vibratorio de los autores.

Tampoco á la auscultación del tumor ni de la sien correspondiente se percibió con claridad. En cambio, el enfermo sentía constantemente un ruído que él comparaba al de un río, cuyo ruído aumentaba con los esfuerzos y á veces espontáneamente, lo que prueba que las vibraciones se producían y las percibía su acústico infectado; pero que no tenían fuerza para llegar al oído del Profesor, ni aun convenientemente colectadas, lo cual nada tiene de ex-

traño, pues todavía era reciente el exoftalmos y no muy acentuado, como lo probó la libre oclusión palpebral y la persistencia de la función visual binocular. Comprimiendo la carótida primitiva izquierda, disminuyeron visiblemente el exorbitismo, los latidos y el ruído; esto es, el *exoftalmos* ó exoftalmía *pulsátil*, el cual depende en la mayoría de los casos (en éste seguramente) de un traumatismo, y cuyo cuadro es clásico desde el caso en que Nélaton describiera y confirmara Sappey en una famosa autopsia, si bien antes Barón lo había indicado.

Conviene ante todo apuntar, y en ello hay que hacer hincapié, que la bala en la órbita no puede ser la causa del síndrome en cuestión. La reductibilidad indolente y los resultados de la compresión carotídea, excluyen terminantemente la tal hipótesis. El aneurisma de la oftálmica, el cirsoideo, los angiomas, cavernomas y cánceres vasculares, causantes algunas veces del exoftalmo pulsátil. Con afecciones de evolución más lenta, presentan caracteres que obligan á excluirlas como agentes de esta exoftalmía. «Este traumatismo, dice el Dr. Pereda, ha podido obliterar el seno cavernoso, ó los senos eferentes, ó ha podido producir la rotura de la carótida interna en el seno cavernoso. Si la bala en su trayecto ascendente hubiera obstruído por rotura ó presencia el seno cavernoso (cosa posible, chocando en la apófisis basilar por reflexión y extensión del movimiento al cuerpo del esfenoides), los trastornos circulatorios se hubieran presentado inmediatamente».

La rotura ú obstrucción del seno petroso inferior no hubiera bastado, subsistiendo la permeabilidad del superior y la lesión de los dos y del occipital transverso, implicaba la fractura del peñasco, apófisis basilar, lo cual es inverosímil por la ausencia de signos de parálisis facial, del trigémino, acústico, oculo-motor externo (Panas) y los graves signos de las lesiones bulbo-protuberanciales.

También en tales hipótesis, los trastornos exoftálmicos hubieran seguido inmediatamente á la herida y siempre serían de explicación difícil las pulsaciones, y aun más los ruídos. En cambio, el aneurisma arterio-venoso por rotura de la carótida interna en el seno cavernoso, explica el síndrome en cuestión. Concuerda este diagnóstico con el formulado en la mayor parte de los casos observados y registrados en la literatura científica desde Nélaton hasta la fecha.

Explica la patogenia del caso del siguiente modo:

El arma fué dirigida hacia arriba, el proyectil rozó la laringe y faringe, contundiendo los dos conductos é insinuándose entre el segundo y la columna vertebral; siguió su trayecto ascendente hasta chocar con la apófisis basilar, ignorándose su paradero, pero con fuerza suficiente para romper en el cuerpo esfenoidal, por transmisión de movimiento, la delgada pared ósea del seno cavernoso, y la arteria, frágil en este punto, fué rasgada, estableciendo la comunicación. Los trastornos no suelen ser inmediatos en estas roturas, que pueden ser taponadas por la coagulación de la sangre retenida en las trábeculas vasculo-fibrosas del seno; sólo ulteriormente, el repetido oleaje de la diástole arterial logra la definitiva comunicación.

Una vez invadido el seno por la onda arterial, la diferencia de presión impidió el libre desagüe de la vena oftálmica en el seno, se dejó dilatar transmitiendo las pulsaciones de la arteria, dando lugar al éxtasis, exoftalmía y

demás signos enumerados. El mecanismo del ruído queda asimismo explicado: es debido en estos casos verosímilmente á la vibración del orificio comunicante; la inextensibilidad de las paredes del seno explica la ausencia de fenómenos actuales de compresión cerebral, etc., etc. Si la auscultación no descubre claramente el soplo característico, correspondiente al ruído subjetivo, es porque el orificio es muy pequeño y está en sus comienzos el proceso; por lo mismo no se percibe el trill, el cual, por otra parte, si es constante en los aneurismas arterio-venosos en general, suele faltar, según Le Fort, en muchos de estos casos.

Ante la gravedad de las lesiones ocasionadas por la bala, el precisar el asiento de ésta es de un interés secundario. El mal de los proyectiles no es su presencia y permanencia en el interior del organismo, es el camino recorrido y los destrozos que en él y en su principio y fin ocasionan.

Respecto del tratamiento, dice que desde el momento en que se refieren casos de curación espontánea, estamos obligados á una expectación armada; pero siendo evidente el efecto de la compresión digital (clásico tratamiento de todos los procesos aneurismáticos), y citándose casos felices de su aplicación, se debe con fé y esperanza recurrir á ella, empleándola en sesiones intermitentes ó continuas, según la tolerancia del enfermo y ayudantes. Y como el reverso más frecuente de la medalla es el peligro del ojo y de la vida, sobreviniendo hemorragias profusas ó trastornos cerebrales, se debe apelar al remedio heróico de ligar la carótida primitiva izquierda, operación que ha sido seguida de buen éxito 32 veces en 63 casos, por Berger. En 17 de ellos hubo recaída; un oculista (Terson) se vió obligado, después de una recaída, á ligar la otra carótida. También, siguiendo el consejo de Despagnet, se puede apelar á la compresión continua del ojo con un vendaje á propósito. Este autor ha publicado un caso de curación obtenida por este medio.

Compresión cerebral tratada por la punción lumbar.—El Dr. E. Ribas y Ribas, publica en la *Revista de Medicina y Cirugía*, de Barcelona, el siguiente caso clínico que reviste importancia suma, por demostrar la conducta que debe seguir el práctico en todo caso de compresión cerebral bruscamente fraguada. Trátase de una mujer de treinta y dos años, sin antecedentes patológicos individuales ni hereditarios, aquejando fuerte cefalalgia, temperatura 40°, pulso 140, lengua tifódica y ligero meteorismo; síndrome que más ó menos remiso hacía cuatro días había comenzado al decir de la enferma.

El diagnóstico se hizo de fiebre tifoidea y el tratamiento seguido amoldóse á tal diagnóstico, siendo la hipertermia lo que buscaba combatir con la balneoterapia. Dos días transcurrieron sin que llegase á disminuir ni una décima su temperatura, pero sí dar tiempo á que se presentase delirio furioso que obligó á ligarla fuertemente; los demás síntomas no se modificaron. Por la tarde del siguiente día encontró á la enferma completamente cambiada; el delirio y la agitación habían cedido su puesto al coma, la respiración convirtióse en irregular, las pupilas contraídas, no reaccionaban, la temperatura y el pulso conservaban su tipo primitivo, alta (40°) la primera y frecuente (140) el segundo. Sentado el diagnóstico de fiebre tifoidea, y con tal cambio á la vista, lo primero que pensamos fué que se trataba de una

localización meníngea de la infección primitiva. Ciertamente que sobraba algún síntoma y faltaban otros, pero el cuadro grande sindrómico, encajaba dentro de la meningitis, mucho más, por la agitación y el delirio que lo había precedido ó la existencia de fenómenos de *compresión* cerebral que amenazaba con la vida de la enferma, obligó á practicar en el acto la punción lumbar en el sitio de elección. Convencido de su inocuidad, la llevó á cabo, salieron 40 gramos de líquido claro y cristalino, no á chorro sino babeando, retiró la cánula y dejó á la enferma. A la mañana siguiente, habiendo transcurrido unas dieciséis horas de la punción, la enferma estaba desconocida. Había lucidez intelectuál, movimientos activos y voluntarios, sus pupilas, aunque perezosas, reaccionaban, respiración regular, temperatura 37°,6, pulso 80, lengua ligeramente humedecida.

La mejoría no fué fugaz, como se temió, sino que acentuándose, llegó en breve á ser completa, no quedando ni el más ligero vestigio del síndrome que la puso en peligro.

Aparición súbita y desaparición brusca, no mediando entre ambas más que la extracción de 40 gramos de líquido por la punción lumbar, lógico es pensar que el líquido extraído fué la causa del síndrome de compresión cerebral que tanto nos alarmó, ya que fuera aquél, desaparecieron como por encanto los síntomas indicados. Que la punción lumbar obrase disminuyendo ó haciendo desaparecer los fenómenos de compresión cerebral, es cosa sabida, pero que con ella cesase por completo el cuadro sindrómico, demostraba bien á las claras que el diagnóstico primitivo de fiebre tifoidea era erróneo, ya que ésta debía subsistir. Con la punción lumbar se reveló que el proceso era todo cerebral.

Demuestra, pues, este caso: 1.° La inocuidad de la punción lumbar. 2.° La necesidad de ser de uso corriente y no titubear en emplearla siempre que fenómenos de compresión cerebral entren en juego y sean fraguados agudamente. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 5 *de Febrero de* 1901.

Glicosuria y diabetes de origen dispépsicos.—El Dr. A. Robin: Existe una glicosuria dispépsica caracterizada por los signos siguientes:

Glicosuria transitoria, irregular, relativamente mínima, que no existe, cuando se manifiesta, más que en la orina de la digestión y falta en la orina que se segrega en ayunas, va acompañada con frecuencia de albuminuria

transitoria y siempre de aumento de los cambios nutritivos generales, azoados y nerviosos. Esta glicosuria se observa en los dispépsicos cuyo apetito se conserva ó está exagerado, en los que hay distensión y bazuqueo del estómago, hiperclorhídria, aumento de volumen del hígado y más ó menos sensibilidad de este órgano á la percusión. Se observan como síntomas accesorios y dependientes de la dispepsia causal, neurastenia, vértigos, emisiones lechosas fosfáticas, dermatosis, trastornos cardíacos, sudores profusos, etc.

Este conjunto es bastante característico para hacer el diagnóstico, atribuir la glicosuria á su causa verdadera, y, por lo tanto, emplear con seguridad el tratamiento más conveniente.

La glicosuria intermitente de los dispépsicos é hiperesténicos es susceptible, en ciertos casos y á la larga, de hacerse permanente ó de transformarse en una diabetes verdadera que lleva, en la persistencia de los trastornos gástricos y en la influencia favorable, si no decisiva del tratamiento antidispépsico, la marca de su origen. En un período avanzado de su evolución, esta diabetes se asemeja á otra diabetes cualquiera y el tratamiento gástrico la modifica muy poco. Conviene, por lo tanto, hacer el diagnóstico pronto, pero este diagnóstico carece de elementos decisivos. En la práctica es preciso fundarse en la anterioridad de los trastornos dispépsicos, en la pequeña cantidad de azúcar, al menos al principio, en la presencia de indicios de albúmina en la orina eliminada en ayunas, y finalmente en la acción favorable del tratamiento gástrico.

La glicosuria dispépsica no depende de una insuficiencia hepática sino, al contrario, de una sobreactividad del hígado según prueban la exageración de los cambios y las relaciones de estos.

La glicosuria dispépsica constituye, en el orden de las glicosurias, una especie aparte, completamente distinta de las glicosurias alimenticias ordinarias, de la diabetes frustrada, cuya existencia es innegable. Es resultado de actos de excitación, mientras que las otras lo son de actos de insuficiencia. Desde este punto de vista es, por decirlo así, *el prólogo de la diabetes*. En la glicosuria dispépsica, en efecto, la función hepática, y en particular la glicogénica, sólo están excitadas en ciertos momentos ; al principio se trata únicamente de un efecto local, pero capaz á la larga de quebrantar el sistema nervioso y de ocasionar la diabetes verdadera, es decir la excitación continua.

Esta patogenia, expuesta á la ligera, explica la semejanza de los trastornos en los cambios de los glicosúricos dispépsicos y de los diabéticos, así como la transformación posible de esta glicosuria en diabetes, cuando el hígado continúa por cuenta propia y á consecuencia de una predisposición hereditaria ó adquirida, la excitación intermitente al principio.

Hace suponer que muchas diabetes, cuya causa se busca en vano, reconocen como origen la dispepsia.

Explica una de las causas de la gravedad de las dispepsias en los diabéticos ordinarios y la urgencia con que deben tratarse.

El tratamiento se deduce de esta patogenia, y los éxitos que se obtienen son la mejor prueba de la exactitud de la teoría.

No hay un solo caso de glicosuria dispépsica que no ceda más ó menos rá-

pidamente con este tratamiento, que nada tiene de particular ni de difícil, porque es el de la dispepsia hiperesténica. En los casos simples se ordenará el tratamiento medicamentoso sedante. En los casos más graves se principiará por el régimen lácteo absoluto, con las precauciones necesarias, sin preocuparse de la glicosuria.

Si por excepción, persiste, es necesario emplear los medicamentos moderadores de la actividad funcional del hígado, que son: la antipirina asociada al bicarbonato potásico, el arseniato de sosa, el arsenito de potasa, el carbonato de litina, la codeína, el opio, la belladona, la valeriana, etc.

Curada la glicosuria es preciso, durante varias semanas ó meses, según su intensidad, suprimir todas las causas estimulantes del hígado, lo que exige un régimen extricto, del que se excluyen las féculas y los alimentos azucarados.

En la diabetes dispépsica, ó cuando la cantidad de azúcar adquiere cierta importancia, es preciso proceder de distinta manera y principiar por reducir directamente la actividad del hígado con la antipirina. Aconsejo el tratamiento siguiente durante tres días:

1.° Observar exactamente la higiene y el régimen de los diabéticos, suprimiendo las substancias crudas y las ácidas.

2.° Media hora antes de la comida y de la cena, tomar la preparación siguiente diluída en un poco de agua de Seltz:

Antipirina.....	50 centígramos	á 1 gramo.
Bicarbonato sódico.....	50 —	á 75 centígramos.

3.° Beber á las comidas sólo agua de Vichy.

4.° Después de las comidas tomar diluído en agua uno de los papeles siguientes:

Magnesia calcinada.....	aa 4 gramos.
Bicarbonato de sosa.....	
Creta preparada.....	6 —

Divídase en 12 papeles.

5.° Si en los intervalos de las comidas se presentan crisis gástricas ó accesos de pirosis ó sensaciones de quemadura, de ágrio, de constricción ó de tirantez en el hueco epigástrico, es necesario tomar al punto uno de los papeles siguientes:

Magnesia calcinada.....	15 gramos.
Subnitrato de bismuto.....	aa 7 —
Creta preparada.....	
Codeína.....	5 centígramos.
Bicarbonato sódico.....	10 gramos.

Divídase en 10 papeles.

Durante los tres días de este tratamiento, se analizará cotidianamente la orina para suspender la medicación en cuanto desaparece el azúcar. Cuando se consigue esto, se principia el tratamiento de la dispepsia hiperesténica en todas sus etapas, empezando por el régimen lácteo absoluto.

Supongo que el azúcar reaparece durante este tratamiento. Si la cantidad

es muy abundante y excede por ejemplo de 10 á 15 gramos por litro, se empleará de nuevo la antipirina, y cuando el azúcar desaparece, se vuelve otra vez al régimen lácteo, pero mitigando su rigor para llegar á la tercera etapa del régimen, sin féculas ni azúcar.

Si la cantidad es mínima, el enfermo tomará mañana y tarde con la última dosis de leche, 15 centígramos de carbonato de litina disueltos en una cucharada de agua á la que se mezclará otra cucharada de la disolución siguiente:

Arseniato de sosa.....	5 centígramos.
Agua.....	300 gramos.

Si se teme que el arseniato sódico ejerza una acción muy irritante sobre el estómago, se hace mañana y tarde, según indica J. Renaut, con la jeringa de cánula de Condamin, una inyección rectal de 5 cent. cúb. de la mezcla siguiente:

Licor de Fowler.....	8 gramos.
Agua destilada.....	92 —

Por último, en los casos más antiguos, cuando la diabetes se ha confirmado, es preciso alternar el tratamiento completo de la diabetes en las tres series en que lo he dividido, con el de la dispepsia hiperesténica, insistiendo sobre uno ó sobre otro, según predomine la enfermedad gástrica ó la diabetes.

Patogenia del hidrocele crónico.—Los Dres. Peyrot y Milian: Los autores modernos reservan el nombre de hidrocele á los derrames independientes de una afección «proclamada» del testículo. Pero creen que la hipersecreción depende casi siempre de una lesión del epidídimo.

La frecuencia de las alteraciones del epidídimo en los enfermos afectados de hidrocele, es innegable. Mas creemos que no conviene exagerarla. Muchos hidroceles dependen, á nuestro parecer, de una alteración primitiva de la serosa. Hasta ahora, los cirujanos no han aplicado de la manera debida á la túnica vaginal los conocimientos que poseemos sobre la patología de las demás serosas. Se limitan á la región anatómica en vez de considerar el sistema.

Admitiendo con nosotros que muchos hidroceles dependen, en realidad, de una alteración primitiva de la serosa testicular, es necesario, para ser lógicos, reservar el término *hidrocele simple* á los casos en que no existe lesión alguna del epidídimo ó del testículo.

Estos hidroceles ó vaginalitis simples pueden tener fisonomías diferentes y depender de causas diversas. Citaremos sólo el hidrocele reumático, en el que es inútil suponer una tumefacción glandular persistente. Creemos que se describirá la vaginalitis tuberculosa como se describe la pleuresía tuberculosa, etc.

Por hoy, expondremos sólo nuestra manera de comprender la patogenia de los hidroceles crónicos recidivantes después de la punción simple, que se observan bastante á menudo en los ancianos, y que son los verdaderos hidroceles independientes de una afección «proclamada» del testículo. El citodiagnóstico demuestra que estos hidroceles son pobres en elementos celula-

res, carecen de leucocitos y de hematíes y contienen sólo un cortísimo número de células ovales de núcleo excéntrico, de protoplasma anfófilo, verdaderas células endotélicas descamadas, y cuyo líquido no se coagula espontáneamente.

Hemos estudiado 8 de estos hidroceles, 6 en operados y 2 en autopsias, obteniendo los resultados siguientes:

I. En estos 8 casos no hemos descubierto lesión alguna apreciable del testículo ó del epidídimo subyacentes.

II. Desde el punto de vista clínico, estos hidroceles pertenecían á ancianos ó cuando menos á individuos de más de cincuenta años y con estigmas patológicos: alcoholismo, accidentes infecciosos (fiebre tifoidea, reumatismo, etc.). En casi todos se descubrieron signos de arterio-esclerosis y, sobre todo, de enfisema, de bronquitis, alteraciones del ritmo cardíaco é insuficiencia renal. En 2 el bazo estaba al parecer algo hipertrofiado. Nada mejor para demostrar que la lesión vaginal no es una cosa aislada, sino que forma parte de un conjunto.

III. Las inoculaciones subcutáneas al conejillo de Indias de porciones de la vaginal extirpadas por los medios quirúrgicos fué ineficaz siempre.

IV. En 2 autopsias de hidrocele hemos observado (lo que hacía suponer la clínica) que la lesión de la vaginal no es una lesión aislada, sino que va acompañada de lesiones crónicas análogas de las otras serosas. En un anciano que padecía hidrocele, y que murió de apendicitis perforante, descubrimos, además del engrosamiento de la vaginal, peri-esplenitis seca, perihepatitis seca, placas lechosas del pericardio y sínfisis pleurítica izquierda total sin rastro de tuberculosis pulmonar.

En el otro caso el hidrocele era un accidente insignificante en comparación con las lesiones múltiples de las serosas encontradas en la autopsia. Este individuo murió con todos los síntomas de una cirrosis atrófica. Había perivisceritis generalizada con predominio en el corazón y el hígado. Todas las serosas del organismo estaban engrosadas.

V. La histología patológica demuestra que la lesión de la vaginal es análoga á la que se observa alrededor de los otros órganos; se trata de verdaderos fibromas laminares, de evolución esencialmente lenta, que á veces experimentan en sitios la degeneración calcárea y se enuclean así como los cuerpos calcáreos extraños que se encuentran lo mismo en el abdomen que en las bolsas, y que no son causa, sino resultado, de la inflamación crónica de la serosa.

Podemos sacar de lo que precede las conclusiones siguientes:

a) El hidrocele es causado por una vaginalitis crónica, placas lechosas de la vaginal.

b) Esta vaginalitis es primitiva y no está subordinada á una lesión del testículo ó del epidídimo.

c) Es una perivisceritis idéntica á las lesiones crónicas del pericardio, de la pleura, del peritoneo, que coexisten de ordinario con ella.

d) La etiología del hidrocele se confunde con la de estas perivisceritis.

La tuberculosis no influye al parecer en este caso, mas se observan á menudo la arterio-esclerosis, las cardiopatías y la enfermedad de Bright. Pero, según toda probabilidad, no hay subordinación de una á otras, sino más

bien coexistencia; dependen de una causa común anterior, benigna ó grave, que ha dejado en todos estos puntos reliquias crónicas.

Cuatro casos de curación de glioma de la retina.—El Dr. Lagrange (de Burdeos): El glioma de la retina, no es la afección extremadamente maligna que los oftalmólogos han descrito hasta estos años últimos. En 1890, publiqué un trabajo para demostrar que los casos de curación no son raros, y desde entonces muchos autores han obtenido los mismos resultados que yo.

Voy á referir cuatro casos más de curación en los que el examen histológico comprobó la exactitud del diagnóstico.

Uno de los casos se refiere á un glioma en vías de regresión espontánea, variedad la más rara; el examen histológico permitió ver que las células embrionarias se transformaban en células conjuntivas adultas, lo que demuestra, en dicho caso, el origen mesodérmico de la afección. El glioma retiniano puede en efecto ser un sarcoma puro desarrollado á expensas de la retina; otras veces se desarrolla á expensas de los elementos nerviosos. No es posible decir aún cuáles son los caracteres clínicos de estas diversas variedades anatómicas, pero, pertenezca á una ó á otra especie, es indudable que el glioma operado en el primero ó á lo sumo en el segundo período, cura de ordinario.

Recidivas de la viruela.—El Dr. Hervieux: El número de casos de viruela recidivante, no es considerable. Pero por limitado que sea, creo que debe tenerse en cuenta desde el punto de vista de la profilaxis. Es preciso no olvidar, que un primer ataque de viruela no preserva necesariamente de otro segundo, y que en lás epidemias variolosas graves y aun sin epidemia, conviène observar las reglas profilácticas.

Utilidad del tubo laríngeo en la práctica. — El Dr. Laborde: Jamás he dicho que el tubo laríngeo sea inútil. Unicamente creo que en el recién nacido en estado de muerte aparente, el moco no desempeña el papel que le atribuye el Dr. Pinard. Las tracciones rítmicas de la lengua le expulsan; á veces hasta provocan vómitos. Podría citar en apoyo de lo que digo, una observación que acabo de recibir. En este caso, un médico de la marina pudo reanimar después de una hora de tracciones rítmicas de la lengua, á un recién nacido en estado de muerte aparente.

El Dr. Pinard: Todo cuanto he dicho lo he observado infinidad de veces no en un laboratorio, en animales, sino en mi Clínica del Hospital. Si mis colegas son de opinión contraria á la mía, desearía que lo manifestaran. Las tracciones rítmicas de la lengua, son impotentes para desprender las mucosidades que obstruyen en ciertos casos las vías respiratorias; únicamente se consigue con el tubo laríngeo bien manejado.

El Dr. Budin: No quiero ocuparme más de esta cuestión juzgada por la manifestación hecha aquí por el Dr. Laborde, quien ha reconocido, que con las tracciones rítmicas de la lengua, es imposible desprender las mucosidades adherentes de la tráquea. Acepto en absoluto la opinión del Dr. Pinard.

El Dr. Laborde: Desde la sesión á que se refiere el Dr. Budin he observado, en nuevos experimentos, que las tracciones rítmicas de la lengua son capaces, en el recién nacido en estado de muerte aparente, de expulsar hasta las mucosidades profundas. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 6 *de Febrero de* 1901 (1).

Heteroplastia orbitaria por ingerto de un ojo de conejo en la cápsula de Ténon. —El Dr. Lagrange (de Burdeos): Bien sabido es lo difícil que resulta obtener una buena prótesis después de la enucleación del ojo. Para suministrar un punto de apoyo á la superficie ocular, se han utilizado esferas de celuloide, de acero y de plata. En algunos casos se ha obtenido el éxito consiguiente; con mucha más frecuencia dichas esferas se han eliminado al cabo de algunos meses. Trousseau ha ensayado esferitas de esponja sin obtener mejores resultados, puesto que se han reabsorbido. En vista de estos ensayos infructuosos, he creído que habría más probabilidades de éxito sirviéndose de cuerpos vivos. Entonces fué cuando recurrí á las cabezas de femur decalcificadas; no habiendo obtenido buen resultado, tuve la idea de introducir un ojo de conejo en la cápsula de Ténon, cuyo ingerto arraigó perfectamente; el ojo permanece sin modificarse, después de haber sufrido en los primeros tiempos una evolución retráctil. He empleado este procedimiento en tres enfermos, cuyos muñones constituyen un excelente soporte para el ojo artificial, el cual tiene algunos movimientos. He aquí cómo debe procederse para fijar el ojo del conejo: Vaciada la órbita, después de haber pasado un hilo por el músculo recto, para retenerle, y obtener la hemostasia completa, se coloca en el hueco el ojo de mediano volumen de un conejo joven, y después se suturan por delante de él los músculos, que deben estar bien á la vista; hecho esto, no resta más que practicar la sutura de la conjuntiva y aplicar un apósito compresivo. Esta operación difiere de la de Chibret en que nuestro colega no había hecho la encapsulación del ojo.

El Dr. Delens: Si en la mayoría de los operados hay inmovilidad absoluta de la cáscara ocular, en algunos, y en particular las mujeres, se observan algunos movimientos, los cuales llegan á dar la ilusión de una real movilidad. Yo preguntaría al Dr. Lagrange si ha observado muchas veces las consecuencias de esta operación.

El Dr. Lagrange: Dicha operación la he practicado tres veces, y en cada enfermo me ha parecido esta prótesis incomparablemente mejor.

Herida toraco-abdominal por instrumento cortante. — El Dr. Peyrot: La observación de este hecho nos ha sido enviada por el Dr. Girard. Se refiere á un hombre de veinticinco años con una herida en la parte antero-lateral izquierda del tórax, hecha por un instrumento cortante. Por los labios de la herida salía una masa epiplóica. Después de haber rechazado el epiploón, nuestro colega hizo una amplia incisión en el octavo espacio intercostal, y resecó 10 centímetros de la octava costilla, con lo cual pudo ver fácilmente la herida diafragmática; antes de suturarla, y una vez resecado parcialmente el epiploón, comenzó por hacer una sutura de los bordes de la pleura torácica á la pleura pleuro-pulmonar, para aislar el pulmón, y después ha cerrado la herida del diafragma; la operación fué seguida de curación.

(1) La sesión del día 30 de enero se dedicó á los asuntos interiores.

Amputación precoz y alta en la gangrena de los diabéticos. — Los Dres. Demons y Béguin: En los casos de gangrena espontánea, en los diabéticos, la abstención quirúrgica parece aún ser la regla, y, sin embargo, la expectación, aunque se empleen apósitos antisépticos minuciosos y se siga un tratamiento médico riguroso, no cuenta más que con desastres; por esta razón consideramos la amputación precoz y alta como el único medio de salvar los enfermos. Hace tres años tuvimos ocasión de poner en práctica nuestras ideas en una mujer de cincuenta y cinco años, diabética (la orina contenía 110 gramos de azúcar en veinticuatro horas), que tenía una gangrena del pié que ascendía hasta por encima de los maleolos; hicimos la amputación del muslo en su tercio inferior. La enferma curó, y continúa actualmente curada á pesar de que su orina no ha dejado de contener azúcar. Estamos persuadidos que esta enferma habría fatalmente sucumbido si no hubiésemos intervenido tan radicalmente. Esta intervención es muy aceptada en Alemania, Inglaterra y América; Küster, de Marburg, cuenta 11 amputaciones de este género con 6 éxitos y 5 muertes, cuando la expectación da una mortalidad mucho más considerable. Nosotros insistimos en la precocidad de la amputación y en la necesidad de hacerla muy alta, puesto que haciéndola muy baja va casi siempre seguida de la necrosis de los colgajos.

El Dr. Schwartz: Recuerdo haber operado, hace algunos años, un diabético que excretaba 70 gramos de azúcar por día, por una gangrena del pié. Hice la amputación de la pierna, casi no hubo pérdida de sangre y se obtuvo la curación por primera intención. Dos meses después apareció una gangrena menos extensa en el otro pié; se hizo otra operación semejante, pero el enfermo murió á las veinticuatro horas. En cuatro enfermos más he tenido que intervenir en las mismas circunstancias y he obtenido dos éxitos y dos muertes. En casos semejantes, creo que es necesario hacer una asepsia rigurosa y amputar precozmente.

El Dr. Guinard: Recuerdo haber hecho á un diabético una amputación de muslo, y en esta ocasión haber practicado el cateterismo de la arteria que no había sangrado durante la operación. Poco tiempo antes Montaz había hecho este cateterismo, consiguiendo limpiar la arteria de sus coágulos; yo también vacié dicha arteria y la ligué cuando la sangre comenzó á salir y el enfermo curó perfectamente.

El Dr. Reynier: En los diabéticos es necesario distinguir dos clases de gangrena: las unas dependen del ateroma arterial y las otras de las alteraciones tróficas. En este último caso, las lesiones son más profundas y más extensas, y las intervenciones mucho más graves. En estos enfermos deben proscribirse los antisépticos y no hacer más que la asepsia.

El Dr. Lejars: Desde luego, es útil distinguir la gangrena por ateroma de la verdadera gangrena húmeda, á menudo complicada con fenómenos sépticos extensos; en este último caso, el pronóstico de las operaciones es mucho más grave, como he podido comprobar en un enfermo que he amputado del muslo hace algunos años, y que ocho días más tarde ha sucumbido á los accidentes pulmonares. Al contrario, en las gangrenas por ateroma, las amputaciones altas dan buenos resultados, y de ello he referido muchos ejemplos en mi Memoria de 1889, y entre otros, el de un viejo que aún vivió cinco años.

El Dr. Poirier: El Dr. Guinard nos ha hablado del cateterismo de la arteria, del cual no puedo ver la utilidad, y no creo en su inocencia; por lo tanto, hasta que existan mayor número de observaciones, me guardaré mucho de practicarlo.

El Dr. Reclus: Como mis colegas, he visto casos de amputación en diabéticos que no daban sangre, debido á la existencia de coágulos. A propósito del cateterismo de la arteria, hecho por primera vez por Severeaus, según creo, y no por Montaz, creo que es difícil actualmente pronunciarse en un sentido ó en otro. Indicaré que en estos operados es posible que se presenten dolores vivos en el muñón, lo cual he tenido ocasión de observar durante tres días en un amputado de pierna. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 23 *de Enero de* 1901.

Combinación de liquen ruber y de pénfigo. — El Dr. Lassar: La enferma de cincuenta años que aquí presento contrajo primeramente un liquen ruber y algún tiempo después un pénfigo. No puedo estar conforme con los dermatólogos que consideran á la última afección como una acentuación de la primera, y que por lo tanto, admiten la existencia de un liquen penfigoideo. Creo más bien que el pénfigo no es otra cosa que una infección quirúrgica de la piel que puede complicar á cualquiera afección cutánea. Esto no obstante, no es desfavorable el pronóstico del caso actual, porque se trata de un pénfigo reciente.

El Dr. Blaschko: Me inclino á la opinión antigua, según la cual en los casos de liquen ruben y pénfigo, se trata de una combinación típica. En el caso presente me parece que se debe de tratar de un eritema flictenoide.

El Dr. Lassar: Para sostener mi opinión me fundo principalmente en que el caso es poco común, en que el pénfigo no proviene en el caso actual de un eritema, y en que la causa que se invoca en la generalidad de los casos, ó sea el uso del arsénico, tampoco existe en la enferma en cuestión.

Pronóstico de las enfermedades cerebrales en la infancia.—El Dr. Oppenheim: En el curso del último decenio he tratado á varios niños de ocho á trece años de edad, los cuales presentaron síntomas que recordaban los propios de un tumor de la región motora del cerebro. Este diagnóstico era también el que se había establecido en otras clínicas, y aunque ya se había discutido con mucho calor el problema del tratamiento quirúrgico, es lo cierto que de un modo sorprendente y del todo insólito, ocurrió el hecho de que la afección retrogradara por completo espontáneamente ó con un tratamiento interno.

En el primer caso, se trataba de un niño de once años, sano hasta entonces y sin ningún antecedente de familia que pudiera ser sospechoso, en especial por lo que se refiere á la sífilis. A fines de otoño de 1894 se presentaron cefalalgia frontal y parietal y vómitos violentos. En enero de 1895 sobrevino un ataque convulsivo con contracciones espasmódicas de la mitad

derecha de la cara y del brazo del mismo lado ; la cabeza y los ojos estaban vueltos hacia el lado derecho. Durante el ataque quedaba abolida la palabra, pero se conservaba la conciencia. En el curso del año se repitieron los ataques 20 veces, por lo general en la misma forma. En algunas épocas se presentaban parestesias en forma de acceso. A menudo las contracciones convulsivas interesaban todo el lado derecho é iban acompañadas de pérdida absoluta del conocimiento. Más tarde se produjo una afasia persistente y se presentó además cierta dificultad en el lenguaje. Cuando reconocí á este enfermo, en 5 de marzo de 1895, su aspecto era de debilidad y sufrimiento, y se quejaba de dolores en la región frontal izquierda, que estaba sensible á la percusión. El oftalmoscopio demostró la existencia de una neuritis óptica. Había paresia del facial derecho muy pronunciada y del brazo del mismo lado. Estaba embotada la sensibilidad al contacto en la mano derecha, y había una afasia motora de grado ligero. Los órganos interiores estaban sanos. El tratamiento consistió en el empleo de preparados de iodo y de bromo. En marzo y abril todavía se presentaron ataques graves, hemiplegia completa del lado derecho y afasia. A fines de abril, y cuando ya se pensaba en una operación, se inició una mejoría, que en marzo de 1896 se había acentuado muchísimo y en 1899, cuando volví á ver á este enfermo, se sostenía con carácter persistente.

El segundo caso se refiere á un muchacho que ví el 4 de diciembre de 1895, y cuya enfermedad databa de 1887 ; este caso siguió un curso igual que el anterior. Erb había diagnosticado un tumor cerebral y prescrito el ioduro potásico á grandes dosis.

El tercer caso se refiere á un niño de diez años, cuyo padre falleció de una afección pulmonar, y cuya enfermedad databa de 1895. Presentaba cambio en su humor habitual, dolor de cabeza y náuseas. En febrero de 1896 existía picor en la pierna izquierda y hormigueo, que partían del pié. Dos días más tarde sobrevino un gran ataque con pérdida del conocimiento y generalización de las convulsiones. Se paralizó la pierna izquierda, y desde entonces se presentó un ataque convulsivo cada dos ó tres semanas. Tratamiento : iodo. La primera vez que examiné á este enfermo fué en junio de 1896 ; había monoparesia crural izquierda, etc. Más tarde sobrevino una inesperada mejoría, que persistía en 1898, cuando volví á ver al enfermo.

En el caso cuarto se trata de un niño de ocho años, hijo de un obrero, y que fué tratado y curado por mí en la Policlínica. Además de estos casos, he observado otros dos de curaciones análogas y no menos sorprendentes.

En todos estos casos se había sospechado ó diagnosticado un tumor cererebral en la región motora, diagnóstico que se había hecho por exclusión, dada la imposibilidad, en vista de las circunstancias de los casos respectivos, de que se tratara de un neoplasma específico ó de una meningo-encefalitis sifilítica en la región motora. En dos casos en que el tratamiento interno había fracasado por completo, ya se pensaba mucho en la operación, cuando en esto se inició la mejoría y se produjo (en algunos casos con el uso de iodurados y bromurados) una curación completa, la cual, según he podido convencerme en dos casos, se sostenía después de cinco ó seis años.

En la interpretación de estos casos creo que debo prescindir de aquellos raros ó dudosos en que tubérculos solitarios experimentaron una transfor-

mación regresiva por virtud de la metamorfosis grasienta. Creo también que debo prescindir de la hipótesis de un proceso inflamatorio, tal como la encefalitis hemorrágica aguda que, como es sabido, es afección curable; en efecto, con esta hipótesis no se armoniza bien el curso prolongado é infebril de la dolencia ó todo lo más en dos de los casos, pero no en el resto. Queda por último, la hipótesis de una encefalitis crónica y no estudiada todavía, con tendencia regresiva, á la manera de la que Strümpell menciona en su Tratado por vía de nota. Un estudio más detenido de estos casos me hace sospechar como causa de los mismos una forma de tuberculosis que me inclinaría á calificar de encefalitis meníngea localizada, ó sea la misma forma de placas tuberculosas meningíticas que Chantemesse y Comby han estudiado en los tísicos adultos, cuyas placas se desarrollan en el contorno del surco de Rolando, y, como han demostrado los clínicos citados, ocasionan epilepsia cortical y monoplegias. Cabe preguntarse si ésta es la única afección que pudiera presentarse en los niños, y si es capaz de regresión y cicatrización. Las autopsias resuelven este punto en sentido afirmativo, y las observaciones modernas de anatomía patológica cerebral han demostrado que la meningitis ó encefalitis tuberculosa localizadas á que nos estamos refiriendo, se presentan sin que en el resto del organismo existan otros indicios de tuberculosis. Es demasiado corto el número de mis observaciones personales para que pueda servir de base á la hipótesis de tales lesiones en el surco de Rolando, de tal modo que pudiera reconocerse por ellas la existencia precedente de un proceso tuberculoso. También creo que se puede excluir la existencia de una afección de la cubierta ósea del cráneo.

Por analogía con los casos de afección cerebral que se presentan en la infancia con síntomas muy alarmantes, y que he dado á conocer hace años en la *Unión de Medicina Interna*, ó sea los casos de encefalitis hemorrágica en que no es excepcional que sobrevenga la curación, entiendo que en los casos de que hoy he dado cuenta no es posible excluir la posibilidad de la curación, aunque se manifiesten clínicamente con los síntomas de un tumor cerebral. Creo, además, que debo insistir en la importancia de estos hechos respecto á las indicaciones del tratamiento quirúrgico en los casos de este género.

El Dr. Heubner: He tenido ocasión de ver casos análogos de infiltraciones caseosas amarillas, de poco espesor, completamente aisladas, que sólo ocupaban la zona del surco de Rolando, y que estaban situadas entre la meninge y la corteza cerebral. Recuerdo, entre otros, un caso de la Clínica de Leipzig que tuve ocasión muchas veces de estudiar durante la vida del paciente, y que también estudié en su cadáver. El diagnóstico tampoco podía salir del mismo dilema á que se refiere Oppenheim. Yo había diagnosticado una encefalitis, porque no había motivo alguno para admitir una tuberculosis. Ahora bien, en la autopsia se encontró en la zona referida una placa tuberculosa aislada. Lo que no recuerdo bien es si se descubrió tuberculosis en otras partes del cuerpo.

En otro caso se trataba de un niño de doce años, que cayó enfermo precisamente cuando iba á salir de la Clínica, con un ataque convulsivo, en el que giraba sobre sí mismo; al mismo tiempo se puso pálido y presentó arcadas. Cuando el niño llegó á su casa, habían desaparecido todos los sínto-

mas, pero algún tiempo después sobrevinieron la meningitis tuberculosa y la muerte. En la autopsia encontré una placa amarilla y caseosa entre la meninge y la corteza cerebral. Yo no he visto ningún caso de curación. Si hemos de juzgar por los hechos análogos de que se tiene conocimiento, tengo que mantenerme en cierto escepticismo respecto á las conclusiones que sienta Oppenheim. He de recordar los hechos que se han referido de bacilos tuberculosos en el líquido cerebro-espinal y en los que se presentó la curación; sin embargo, estos casos son rarísimos, y me parece muy aventurado todo lo que sea admitir la curación de esta clase de procesos. Conviene esperar hasta haber encontrado semejantes cicatrices; yo por mi parte nunca las he visto.

El Dr. Hansemann: En mi opinión, la tuberculosis cerebral no es un hecho tan raro como se cree si se procede sistemáticamente á reconocer los niños respecto á este punto. En general, no se acostumbra á hacer la autopsia del cerebro más que en aquellos casos en que inducen á ello los síntomas observados durante la vida. Pero si en los cadáveres de niños tuberculosos se adopta la costumbre de abrir el cráneo, se encontrará la tuberculosis cerebral mucho más á menudo de lo que se cree. Procediendo así, nos encontraremos sobre todo sorprendidos con mucha frecuencia al encontrar lesiones meníngeas bastante extensas y que no se habían revelado clínicamente de ninguna manera. De los casos de este género que he observado en los últimos tres años, recuerdo cuatro ó cinco en los que los procesos respectivos no radicaban en la cubierta serosa del encéfalo, sino que penetraban en la superficie de éste, existiendo, por lo tanto, una encefalitis tuberculosa. Estos procesos parten de las vainas vasculares que se hallan en la corteza cerebral y no de las meninges mismas. Nunca he visto curaciones de tales procesos, ni tampoco comienzo de las mismas á la manera de lo que se observa en las tuberculosis de otras regiones, v. gr., de las mucosas. En los casos de mi observación, el proceso patológico siempre estaba en plena marcha. La anatomía patológica no suministra apoyo alguno á la doctrina que establece Oppenheim.

El Dr. Oppenheim: Lo único que me he propuesto es dar cuenta de mis observaciones clínicas, en las que lo que llama precisamente la atención es el resultado de la regresión de las manifestaciones sintomáticas. Respecto á la interpretación anatómica, tampoco yo me puedo expresar sino con muchas reservas, dejando planteada la cuestión de si se trata de una tuberculosis localizada, de una encefalitis crónica ó de algún otro proceso desconocido todavía.

Oclusión uterina de naturaleza desconocida hasta la fecha. — El Dr. Landau: Las atresias del conducto genital femenino son tan importantes en el concepto científico como en el práctico. Si se exceptúan las que sobrevienen por la menopausia, y las que se presentan en la pubertad por desarrollo insuficiente y sin que llegue á aparecer la menstruación, todas las demás son peligrosas porque ocasionando la acumulación de sangre en el útero, pueden hasta determinar la muerte si no se interviene oportunamente. Su existencia es fácil de conocer por medio de la exploración, y su pronóstico tanto más favorable cuanto más pronto se reconozca á la enferma. En general, estos casos se presentan al médico á la edad de dieciséis á veinticuatro años.

No obstante lo dicho, el año pasado se me presentó una mujer de cuarenta años, la cual se quejaba de que desde la edad de doce ó trece sentía cada cuatro semanas dolores que se hicieron muy violentos en los dos á tres años últimos. La enferma tenía que hacer cama, y jamás había menstruado. Con el reconocimiento descubrí en el fondo de la vagina una masa dura y redondeada que ocupaba la bóveda y el útero, y á derecha é izquierda tumores del tamaño de la cabeza de un feto. El diagnóstico de hematosalpinx doble y hematometra fué confirmado por la laparotomía, ya que por diversos motivos era imposible pensar en la operación vaginal. El útero estaba ocupado en su extremo inferior por masas que terminaban en un cuerpo muy reducido y lleno de sangre; las trompas pendían de dichas masas. Estaba inflamado uno de los ovarios. Existía peritonitis callosa en la pelvis y en el suelo de éste, y al mismo tiempo había quistes hematométricos del tamaño de una ciruela á un huevo de gallina, los cuales rodeaban al tumor constituído por el cuello y por la bóveda vaginal. El examen del tumor demostró que se trataba de una masa adenomiomatosa, con todos los caracteres del mioma mesonéfrico que describió primeramente Recklinghausen y que estudió de un modo más completo Pick. Este tumor se caracteriza macroscópicamente por su irradación difusa, y microscópicamente por presentar la estructura de un epooforon en miniatura. En la masa que cierra el útero, y en el punto que ocupa el cuello, no hay ni la indicación siquiera de un conducto cervical microscópico. La zona respectiva está ocupada por completo por el tejido mesonéfrico. Aunque el útero y la trompa llevaban mucho tiempo de estar distendidos por sangre, sus mucosas se conservan bien. El origen mesonéfrico del adenomioma en el caso presente se confirma también por exclusión, puesto que faltan los signos característicos de los demás casos en que pudiera pensarse. El caso actual tiene también importancia clínica, porque las molestias menstruales se han presentado en una edad en que no era de esperar observarlas. En una mujer de treinta y cuatro años observé esto mismo, pero sin que existiera la neoplasia descrita. En la literatura no he encontrado más casos análogos al mío que unos que han descrito Engström y Pippingskjöld.

De las dificultades quirúrgicas que presentan estos casos, he de llamar la atención acerca del peligro que corren los uréteres en la operación radical abdominal, peligro que evito abriendo el útero por la línea media, extrayendo la sangre que contiene, con lo cual el órgano se reduce de volumen y una vez hecho esto tiro por ambas mitades para separar los anejos de las partes laterales. La convalecencia de mi enferma fué completamente normal. Hasta ahora nunca se había practicado la extirpación total en casos análogos: sólo en tres se había ejecutado la amputación intravaginal.

¿De qué manera se presenta un mioma mesonéfrico en el punto en que le observamos en el caso actual? La disposición normal de los órganos nos da la clave de la explicación; pero hay que invocar además el hecho de que en casos excepcionales, los conductitos transversales están más bajos que de costumbre, y persisten en la vida extrauterina. Se ha verificado además una hiperplasia que por compresión ha producido la atresia de los filamentos de Müller. Esta hipótesis se confirma con otra preparación que han tenido la bondad de proporcionarme, y en la que existe, si bien tan sólo en el

cuerpo de un útero unicorne, una estrangulación del lado derecho debida á la hiperplasia y á la compresión. También este caso demuestra que la hiperplasia de órganos normales, puede ser causa de detenciones de desarrollo, teoría que ya estaba establecida, respecto á las diplogenesis. Así, verbigracia, la hipertrofia del ligamento redondo, produciría por virtud de la tracción ejercida en los conductos de Müller, fusión de los tejidos y útero bicorne. De este caso se deduce también que no es exacto, como lo sostienen Nagel y Veit el joven, que no hay atresias congénitas, sino que son siempre producidas por algún proceso inflamatorio. Si en el caso presente hubiera sucedido así, la formación viciosa congénita debiera tener carácter infeccioso. Mi caso destruye también la antigua teoría del reflujo que ya habían invalidado antiguas observaciones de Th. Landau y Rheinstein, en las que había al mismo tiempo apoplegías y hematomas en el epiploón, y en regiones que mecánicamente se hallaban por fuera de la zona de reflujo del útero.

También es interesante el caso actual por lo que se refiere á la explicación que nos da de la anatomía patológica y de la procedencia del adenomioma que Virchow y Spiegelberg describieron los primeros, si bien fueron v. Recklinghausen y Pick, los que ilustraron su naturaleza. Precisamente cuatro casos de mi Clínica han venido á demostrar este origen mesonéfrico del adenomioma. Hasta ahora se habían encontrado estos miomas en la pared posterior, en el cuerpo del útero, en el ángulo tubario, en el ovario (v. Babo), en el epooforon (Pick), en el ligamento ancho (Pick), en el ligamento redondo (Blein) y en la bóveda vaginal (Pick). Con el caso presente se ha demostrado también la existencia del mioma mesonéfrico en el cuello, y por lo tanto, se ha encontrado el eslabón que faltaba en la cadena respectiva. — R. del Valle.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del día 23 *de Noviembre de* 1900.

Contribución á la patología de la vejiga femenina.—El Dr. Knorr dice que las conquistas de la urología moderna tardan á ser aprovechadas por los ginecólogos, siendo pocos los investigadores y prácticos que emplean el probado método de la cistoscopia, usada por ahora casi exclusivamente por los cirujanos y los andrólogos. Como las mujeres enfermas de la vejiga en la inmensa mayoría consultan al ginecólogo, gran parte de las afecciones de la vejiga femenina no se diagnostican y no se tratan según los principios modernos. La frecuencia de los trastornos de la función vesical y la multiplicidad de los cuadros patológicos á que dan lugar, resulta de la estadística de Knorr, basada en año y medio de observación, en un material que comprende 1200 casos ginecológicos. Trastornos vesicales tenían 297 de estas mujeres, y en muchas de ellas la afección de la vejiga constituía la queja principal.

Mediante la cistoscopia y la investigación del sedimento, resultó que había 25 casos de cistitis supurativa universal, siendo la orina en 11 ácida y en 14 amoníacal ; 2 casos de cistitis combinada con pielitis ; 2 de cistitis

blenorréica general; 2 de cistitis cervical blenorréica; 6 de cistitis catarral subaguda; 3 de bacteriuria sin alteraciones anatómicas; 1 de litiasis renal; 1 de carcinoma renal; 60 de cistitis cervical crónica; 32 de hiperemia trigonal; 3 de cistitis cervical papilomatosa, y 3 de edema vejigoso sin otra afección. En 43 casos, había alteraciones crónicas complicadas con lesiones paracistíticas ó pericistíticas; en 8 casos, con otras alteraciones ginecológicas. En 38 casos, las molestias vesicales dependían meramente de alteraciones ginecológicas. En 2 casos, había vejiga trabeculosa; en 1 de los mismos, con divertículos; en 13, se trataba de carcinoma de la pared vesical; en 22, de papiloma en el esfínter anal, y en 2, de papiloma franjeado de la vejiga, uno de los cuales fué curado operatoriamente á beneficio del cistoscopio.

Después de una breve explicación del método cistoscópico que sigue, Knorr describe los estados normales y patológicos de la vejiga femenina, remitiéndose á cada paso á la exposición clásica de estos estados, hecha por el profesor Winter en el tomo XXXVI de la *Revista* (alemana) *de Obstetricia y Ginecología*, cuyos resultados puede confirmar casi todos, descubriendo además varios hechos nuevos. Tienen importancia diagnóstica y también terapéutica los nada raros cordones paracísticos que dan una imagen cistoscópica pronunciada.

El Dr. P. Strassmann dice que desde 1893 ha venido explorando cistoscópicamente todos los casos apropiados de molestias vesicales que se presentaron en la Policlínica ginecológica del Hospital de la Caridad, y opina que siempre, cuando haya síntomas vesicales, deberá recurrirse al cistoscopio mientras no exista cistitis aguda ú otra contraindicación absoluta. El examen cistoscópico no exige preparación de la paciente.

Strassmann no ha visto como estados consecutivos perimetríticos las trabéculas mencionadas por Knorr, pero sí grandes dislocaciones cicatriciales; ha encontrado trabéculas en cistoceles, hipertrofiándose los plexos musculares á consecuencia de los esfuerzos de expeler la orina residua; también encuéntranse trabéculas en forma de músculos translucientes en la vejiga de mujeres climatéricas. La vejiga puede parecer trabecular cuando se halla incompletamente llena; mas este aspecto, desaparece por mayor distensión de la vejiga.

Como fenómenos climatéricos de la vejiga, Strassmann observó en unas 14 mujeres, en que la menopausia se había presentado de repente, los siguientes síntomas: ligero tenesmo; continencia un tanto menguada; desprendimiento algo mayor de epitelios, sin aumento de turbiez ó descomposición. En la imagen cistoscópica se notan vasos muy tenues, plexos musculares ligeramente translúcidos, acaso un tanto hipertrofiados. Orificio uretérico á veces más abierto, más bien aserrado que rajado, y fácil de cateterizar. La causa es la disminución del aflujo de sangre á los órganos pelvianos que afecta por consiguiente á la vejiga. Se obtiene alivio con irrigaciones, dos veces por semana, con cantidades cada vez mayores; cuando hay insuficiente continencia, se ejercita el esfínter, haciendo á la mujer expeler y contener la orina alternativamente mientras tiene la sonda puesta, pero cerrada, y la vejiga llena. En los casos de fístula, puede llenarse la vagina con tapones engrasados y luego cistoscopiarse. En un caso de fístula uretérica fué dable distinguir cuál de los uréteres era el interesado, formando uno de los

orificios un pequeño punto inmóvil. Recientemente, Stöcke describió una imagen cistoscópica parecida.

Un ejemplo práctico del valor diagnóstico del cateterismo uretérico (con instrumentos alemanes) nos lo suministra la enfermedad de una comadrona que, varios años después de la extirpación de ambos anexos, fué atacada de cólicos. Se sospechó que se trataba de cólicos nefríticos debidos á estrechez cicatricial de los uréteres; la facilidad con que éstos se sondaron refutó aquella sospecha. Strassmann palpó en un caso, á través de la vagina, un cálculo, retenido en el ureter derecho, que más arriba del cálculo ofrecía el grosor de un dedo; la papila, en la vejiga, era tumufacta hasta el grosor de una avellana, pero no ulcerada; en la menstruación siguiente salió el cálculo, que tenía las dimensiones de una judía. La paciente no había sentido la entrada del cálculo en la vejiga, pero sí el paso por la uretra. El trecho vesical del ureter se había hecho probablemente insensible por la infiltración. La primera emisión de orina después de la cistoscopia ó el cateterismo uretérico suele ser un tanto dolorosa; por eso conviene, cuando se trata de mujeres sensibles, inyectar y dejar en la vejiga una disolución de 1 centígramo de cocaína. Strassmann prefiere la sonda doble en un irrigador exactamente calibrado; en el líquido de irrigación hay un termómetro. Consecuencias desagradables no se han observado. La palpación de la vejiga con el cistoscopio tiene los mismos inconvenientes que la que se practica con la sonda.

El Dr. Koblanck hace constar que también prescinde de las inyecciones de cocaína antes de introducir el cistoscopio; en el cuello de la vejiga ha observado vesículas á modo de herpes y muy á menudo ha visto grados leves de trabeculización. Muy importante le parece la cistoscopia en los casos de carcinoma uterino; en los casos de fístula hay que introducir un colpeurinter en la vagina antes de la exploración cistoscópica.

El Dr. Menzer se declara adversario del uso general de la cistoscopia tal como lo recomienda Knorr. Los instrumentos son difíciles de desinfectar y pueden transmitir catarros, mientras que la utilidad de la cistoscopia en los catarros incomplicados para el diagnóstico y el tratamiento queda aún por demostrar. Tampoco carece del todo de molestias para las pacientes dicho procedimiento exploratorio, cuya gran importancia para las operaciones de útero carcinomatoso y de riñón, así como para el esclarecimiento de catarros vesicales rebeldes no puede negarse.

El Dr. Knorr, manifestando su satisfacción por hallarse acorde con los Dres. Strassmann y Koblanck respecto del valor y de la necesidad de la cistoscopia para el ginecólogo, dice que no participa de los repáros del doctor Menzer. Para la práctica, la desinfección del cistoscopio con una disolución de formalina es suficiente; no hace falta la esterilización absoluta, como tampoco la imposibilidad de una desinfección absoluta de las manos contraindica las intervenciones quirúrgicas.

(*Centralblatt für Gynäkologie*, 1901).—G. Sentiñón.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 18 *de Enero de* 1901.

Sobre el aceite de hígado de bacalao fosforado. — El Dr. Kassowitz: Como contestación á lo que sostiene Zweifel, de que en el aceite de hígado de bacalao fosforado ya no se encuentra nada de fósforo luciente á las veinticuatro horas, tengo que manifestar que la prueba de la fosforescencia se puede verificar muy bien con los aceites fosforados, calentando una pequeña cantidad del aceite en la obscuridad sobre una llama de alcohol, con lo que, al muy poco tiempo, se presenta en la superficie del aceite una fosforescencia sumamente marcada. He hecho esta prueba con aceite de hígado de bacalao fosforado (al 1 por 10.000), que había sido preparado en diciembre; con aceite de la misma concentración del año 1886; con el aceite flojo de Zweifel (al 15 por 1.000.000) preparado en diciembre último, y con lipanina fosforada (al 1 por 10.000), también de la misma época. En todos estos casos, la fosforescencia fué muy manifiesta, demostrándose así que no se había volatilizado el fósforo ni transformado en un producto oxidado é inactivo, sino que estaba disuelto en el aceite como fósforo metálico.

Imagen radiográfica de una lesión tabética de la porción torácica de la columna vertebral. — El Dr. Benedikt: En la imagen radiográfica que aquí presento, la parte anterior de las vértebras lesionadas aparece transparente; en cambio, en la posterior se ve la diástasis de los cartílagos intervertebrales. El enfermo respectivo tiene cuarenta y cuatro años, y desde hace muchos padece una forma incompleta de tabes dorsal.

A mediados de diciembre último, se cayó de su asiento, sin sentido, presentándose entonces disnea y una sensación de presión en la región esternal inferior. Cuando algunos días después le estaban practicando el masaje en el baño de vapor, sintió dolores en el punto antes mencionado, y se descubrió la existencia de una quifosis. Al día siguiente de haberse presentado este enfermo en mi policlínica, sufrió un ataque de colapso profundo con pérdida del pulso, síntomas que no desaparecieron con inyecciones de alcanfor, habiendo sido preciso apelar á la faradización de la región precordial. El colapso se continuó con un ataque de náuseas y vómitos, que sólo después de mucho tiempo se cortó con una inyección de morfina. Este ataque lo interpreto como una crisis gástrica, á la que le faltó el síntoma dolor. En la noche del mismo día, se presentaron primeramente una lipotimia y después ataques epileptiformes con pérdida del conocimiento. En mi opinión, ha existido en el caso actual una degeneración ascendente de los cordones posteriores, en la que los centros de Hitzig-Betz fueron atacados antes que el resto de la corteza cerebral.

Nuevo método de tratamiento intravesical. — El Dr. Kraus: Con el objeto de introducir en la vejiga un chorro enérgico de líquido pulverizado para lavar bien sus paredes, he hecho construir una especie de irrigador, al que se pueden ajustar recipientes pequeños de ácido carbónico, que tienen por objeto proporcionar la presión necesaria. Para ello sirven muy bien los frasquitos de hierro llenos de ácido carbónico líquido que tienen las dimensio-

nes de un cartucho de fusil, y que se emplean en la economía doméstica para obtener agua gaseosa. Las mediciones manométricas que he practicado me han demostrado que basta uno de estos cartuchos para pulverizar completamente un litro de líquido. El aparato está constituído por una especie de irrigador de metal ó de vidrio que puede resistir una presión de 20 atmósferas, el cual está unido al aparato pulverizador por medio de un tubo de goma reforzado con trama de hierro. El extremo de este tubo tiene, según los casos, la forma de una cánula de irrigador, de una cánula uterina, de una cánula uretral ó de un cateter de doble corriente. El tubo se puede incomunicar con el extremo final por medio de una llave. En la parte superior del recipiente se encuentra una abertura, por donde se llena, y que se puede atornillar, y también se halla la pieza que ha de recibir el cartucho del ácido carbónico. Si el recipiente es de metal, tiene que tener además un tubo de nivel para saber la cantidad de líquido que contiene. La presión que se necesita para pulverizar el líquido es tan sólo de 2 atmósferas y media, pero el chorro que sale casi no tiene ninguna presión. En efecto, si se une un cateter de doble corriente á un saco de goma desinflado y se hace que penetre el chorro, no se distiende el saco. El aparato produce una niebla muy fina que sale bajo la forma de un embudo de polvo. El chorro puede funcionar en cavidades que contengan aire ó líquido, y en ambos casos cumple muy bien su objeto de limpiar dichas cavidades, aunque en el último sólo produce como es natural un verdadero remolino.

He empleado este método en cierto número de casos, y con toda intención no he usado ningún líquido antiséptico, sino tan sólo agua de Karlsbad. En casos de cistitis crónica en que la orina era alcalina, purulenta, y en que la secreción cremosa, y que hacía hebra, contenía un residuo de muchos cientos de centímetros cúbicos, se lavó la vejiga con el cateter de doble corriente, después de haber inyectado por el tubo de salida unos 50 cents. cúb. de líquido. Después de haber estado en marcha el chorro pulverizado unos cincuenta y nueve segundos, el líquido ya salía completamente claro, y cuando después se practicó el examen cistoscópico, se vió que la superficie interior de la vejiga estaba del todo limpia. También se empleó el procedimiento en varios casos de litotricia, después de raspar una úlcera vesical con la cucharilla, en un caso de extirpación de tumor vesical, y en otro de talla hipogástrica. Este método, con el que se limpia perfectamente la vejiga en menos de medio minuto, por muy espesa que sea la secreción que se adhiera á sus paredes, presta también excelentes servicios para limpiar dicho recipiente antes de practicar la cistoscopia. La maniobra no ocasiona ningún dolor, y para llevarla á cabo, rigen los mismos principios que para practicar el cateterismo con instrumentos rígidos. El aparato sirve igualmente como irrigador vaginal.

Relaciones entre las fosas nasales y los órganos sexuales femeninos (*tema presentado por el Dr. Schiff*). — El Dr. Redlich: Respecto á la hipótesis de que el dolor se produce en las fosas nasales y se proyecta ó refleja hacia el vientre, debo manifestar que las cosas pudieran también suceder en sentido inverso. Según las observaciones de Head, en los casos de afecciones viscerales se presentan en la piel zonas hiperalgésicas circunscritas, las que producen dolor con sólo el simple contacto. Head ha visto presentarse también

tales hiperalgesias en casos de dismenorrea. Según esto, los hechos referidos por Schiff y Fliess pudieran interpretarse, suponiendo que las mencionadas hiperalgesias se podrían presentar también en la mucosa nasal, y quizá en otras.

El Dr. Weil: Los hechos que ha referido Fleiss, los vengo observando hace muchos años en mi práctica laringo-rinológica, y en circunstancias que excluyen toda sugestión. Los casos que yo he visto confirman, en general, y en todas sus partes, los datos expuestos por Fliess y Schiff; en cambio, en otros no conseguí ningún resultado. En un caso, empleando el procedimiento que aconseja Schiff, conseguí hacer desaparecer neuralgias de los labios mayores y del ano, que se presentaban durante la menstruación. Yo creo haber observado ciertas relaciones entre las fosas nasales y las regiones lumbar, precordial, el pecho y la laringe, y también me parece que la localización de las zonas genitales no es constante.

El tratamiento nasal puede ser útil en las histéricas, lo mismo que en las demás mujeres. De todos modos, no conviene exagerar la aplicación de este procedimiento.

El Dr. Gomperz: Mi experiencia personal me ha enseñado que con la cocainización practicada, según el método de Fliess, desaparecen en pocos minutos las molestias dismenorréicas de cualquier grado que sean, y que con la cauterización de los puntos genitales se pueden hacer desaparecer por completo durante algunos meses. Entre mis enfermas, hubo algunas que siempre temían muchísimo la vuelta del período menstrual, y que con la cauterización de las zonas genitales se vieron tranquilas por mucho tiempo y libres de sus molestias dismenorréicas. Sin embargo, en ningún caso se obtuvo una curación definitiva. Observé, además, que el buen éxito de la cocainización no es prueba de que sucederá lo mismo con la cauterización. De todos modos, entiendo que los datos de Fliess acerca de la dismenorrea nasal, se fundan en hechos innegables de base neurasténica, y juzgo, por lo tanto, que sin el tratamiento simultáneo de esta afección fundamental, es difícil que se puedan alcanzar curaciones definitivas.

Debo también manifestar, que por lo que he observado en el hombre, existen relaciones entre los puntos genitales de las fosas nasales y el lumbago reumático, ó en su caso, las molestias neurálgicas que se presentan bajo esta forma. Un sujeto que á consecuencia de la grippe había contraído un lumbago, se vió completamente libre en cinco minutos de sus dolores violentos, merced á la cocainización de las zonas genitales de las fosas nasales. En otros dos casos parecidos á éste, obtuve el mismo resultado. Los tres enfermos eran neurasténicos, y en dos de ellos existía el antecedente de abuso en los placeres sexuales.

El Dr. Grossmann: A un sujeto que contrajo la epilepsia á la edad de cuarenta y cinco años, sin causa apreciable, y que al practicar el reconocimiento de sus fosas nasales presentaba las mismas particularidades que los casos de Fliess, le traté rinológicamente según el procedimiento de este autor. La concha inferior izquierda que estaba muy hipertrofiada la cocainicé y cautericé enérgicamente con el galvano-cauterio. En las cuatro semanas siguientes no se presentó ningún ataque, siendo así que en los tres ó cuatro años últimos todos los días venía teniendo varios, hasta tal punto, que

en algunos casos ni siquiera cesaban por la noche. A la quinta semana se presentó un ataque violentísimo, y desde entonces el enfermo quedó como antes de la cauterización. Se repitió ésta varias veces, pero en vista de que ya no producía el menor efecto, se abandonó por completo el procedimiento. Igual resultado negativo se obtuvo en otros casos de epilepsia. Respecto á la explicación del efecto favorable que produjo al principio el procedimiento, no me atrevo á expresar opinión alguna, con tanto más motivo, cuanto que en los casos de epilepsia apenas se puede pensar en la sugestión.

En cambio, los resultados han sido mucho más favorables en los casos de neuralgia del trigémino, debiendo advertir que me refiero á aquellas neuralgias de las ramas primera y segunda, que no reconocen por origen una afección nasal ó por lo menos una lesión patológica de las fosas nasales que pudiera ser demostrada. Así, en un enfermo que padecía una violenta neuralgia de la rama segunda del trigémino derecho, la cual ya había hecho pensar en la neurectomía, cocainicé y cauterícé con el gálvano la concha inferior derecha que estaba al parecer del todo normal. Apenas habían pasado dos minutos, cuando manifestó el enfermo que estaba completamente libre de sus dolores. En los demás casos, el resultado, aunque no tan brillante, no dejó de ser bastante satisfactorio. Los dolores cesaron en el acto, y por lo general tardaban en reaparecer unos cinco meses. Si se repetía el tratamiento, se volvía á obtener el mismo favorable resultado. Aconsejo, por lo tanto, que en todos los casos de neuralgia del trigémino, antes de pensar en operaciones de cierta entidad, se intente hacer desaparecer los dolores con el tratamiento nasal que hemos descrito anteriormente.

R. del Valle.

PERIÓDICOS

Secreción interna de la placenta.—En las regiones ectodérmicas puras de la placenta ó en las que se encuentran en contacto con los vasos maternos y fetales, se encuentran gotitas finas refringentes insertas en el plasmodio vascular; otras, más gruesas que glóbulos rojos flotan en la cavidad vascular. El Dr. Nattan-Larrier las considera como una secreción interna de la placenta. Estas cavidades del plasmodio son los vasos eferentes placentarios; por consiguiente, estas gotitas se encuentran en los vasos maternos y los productos de la secreción de la placenta son conducidos al organismo de la madre.

(*Bull. Médical.*)—F. Toledo.

Inconvenientes que puede tener la cura por el reposo en algunos casos de tisis pulmonar.—A juicio del Dr. H. Naumann, la cura por el reposo y al aire libre que constituye en la actualidad la base del tratamiento de la tuberculosis pulmonar crónica, sobre todo en los Sanatorios, no tiene tanta importancia como creen muchos autores Cierto es que está indicada en todos los casos en que hay grandes elevaciones de temperatura y también es necesaria

en los enfermos cuyo estado de debilidad no les permite pasear al aire libre. En cambio cuando se trata de enfermos que no tienen ni fiebre alta ni procesos inflamatorios recientes, el reposo muy prolongado les hace perder el apetito, las deposiciones se efectúan más de tarde en tarde y el sueño de la noche se vuelve deficiente. Por el contrario, si en tales casos se permite prudentemente cierto ejercicio, estos trastornos desaparecen como por encanto. Entiende por lo tanto el autor, que hay motivo para sustituir la exageración en la cura por medio del reposo, por un empleo más conveniente de los dos factores á que hay que atender en estos dos casos, ó sea el ejercicio y el descanso. — (*Allgem. méd. Central Ztg.*). — R. DEL VALLE.

Tratamiento de los flemones por el suero antidiftérico.—El Dr. Monti utiliza el suero antidiftérico contra los flemones. Cuando estos se hallan en el período de infiltración inflamatoria, la fiebre remite á las doce ó catorce horas después de la inyección, la tumefacción, el dolor y la sensación de malestar desaparece y el enfermo cura en pocos días. Si ha persistido la supuración y la gangrena, además de la inyección del suero, hace incisiones extensas; la temperatura desciende en un tiempo relativamente corto, la herida adquiere buen aspecto y el estado general mejora. En 31 casos de flemón, la mayor parte graves, tratados por este método, no ha tenido muerte alguna, cuando antes la mortalidad por flemones gangrenosos en su hospital había sido de 45 á 80 por 100. — (*New York Méd. Journal.*) — F. TOLEDO.

Trastornos del olfato y del gusto en la parálisis general progresiva. — De las investigaciones que el Dr. Charles de Martines ha practicado acerca de este punto en 22 paralíticos, deduce las siguientes conclusiones:

1.ª La disminución ó abolición del sentido del olfato se puede considerar como un signo bastante constante de la parálisis progresiva.

2.ª Ya no es tan constante la disminución del sentido del gusto.

3.ª En todos los casos se encontró una pérdida de sentido del gusto respecto á la sal, y esto lo mismo al principio de la enfermedad que en su curso ulterior.

Como el examen de la gustación respecto á la sal es fácil de practicar, se puede aconsejar la investigación de este dato como un medio importante de ilustrar el diagnóstico y que está al alcance de todo médico.

(*Rev. méd. de la Suisse Rom.*). — R. DEL VALLE.

Salicilato de metilo contra las erecciones dolorosas.—En las erecciones nocturnas dolorosas, debidas á la blenorragia, recomienda el Dr. Baratier los baños, el agua alcalina á grandes dosis y el uso de la pomada siguiente:

Salicilato de metilo.....	1	gramo.
Vaselina líquida.....	10	—

Se aplica sobre el pene y se cubre éste con una capa ligera de algodón en rama que se sostiene con una tira de aglutinante. El salicilato de metilo calma el dolor y corrige las erecciones, pero sin influir sobre la marcha de la blenorragia.—(*Journal del mal. cut. et siphilitiques*).—F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA Á FINES DEL SIGLO XIX

POR

D. ALBERTO SUÁREZ DE MENDOZA

Profesor libre de enfermedades de las vías urinarias en la Facultad de Medicina de Madrid.

(Continuación).

Enfermedades en los órganos genitales de la mujer

INFLAMACIONES ÚTERO-ANEXIALES

Los órganos internos del aparato sexual de la mujer están sujetos á infecciones de origen gonocócico, que pueden ocurrir en todo tiempo, y á infecciones polimicrobianas, por lo general estreptocócicas, que se desarrollan sobre todo durante el puerperio.

Hasta ahora la terapéutica operatoria ha imperado en el tratamiento de este género de lesiones, por la sencilla razón de que no disponíamos de medios menos violentos para curar nuestras enfermas. Apenas una mujer presentaba dolores de alguna intensidad en el bajo vientre ó alguna inflamación objetivamente comprobada de los anejos, por poco que estos accidentes se prolongasen, no faltaba quien propusiera y practicase alguna mutilación, más ó menos curativa; unos extirpaban los anejos de un solo lado, suponiendo los otros en estado fisiológico; otros, fundándose en que cuando los anejos de un lado están infectados, lo están también los otros, los suprimían todos; y por último, algunos más radicales aconsejaban la castración total para estos casos. A tal punto llegaron los excesos, que en un Congreso internacional, hace seis ú ocho años, se presentó una estadística de un número considerable de histerectomías vaginales por metritis.

Todos los que de Ginecología se ocupan, han empleado infinidad

de veces las inyecciones vaginales calientes, es decir, á 40 ó 45 grados, procurando á menudo alivio á sus pacientes y de cuando en cuando alguna curación definitiva.

Ocurrióseme hace más de tres años que la ineficacia de las inyecciones calientes y la inestabilidad de sus resultados, debía ser atribuída á la insuficiencia de la temperatura, pues 40 ó 45 grados de calor son insuficientes para modificar seriamente la circulación uterina ó alterar, en sentido satisfactorio para la enferma, las condiciones de la vida microbiana, y pensé que si llegásemos á hacer soportar á la mujer inyecciones vaginales de 60 á 65 grados centígrados de temperatura, curaríamos con suma rapidez la mayor parte de las útero-anexitis en sus comienzos, evitando así un considerabilísimo número de intervenciones cruentas.

El éxito ha confirmado plenamente estas apreciaciones, y los resultados de mi práctica han sido objeto de una memoria presentada á la sección de Ginecología del último Congreso internacional de París (1).

Hasta hoy, jamás se había empleado en el tratamiento de las afecciones sexuales de la mujer el agua á tan elevada temperatura. Por lo menos en mis indagaciones bibliográficas sobre este punto no he podido encontrar la menor indicación.

Todas las tentativas ejecutadas con agua á una temperatura superior á 45 grados han sido infructuosas, pues las enfermas no pueden soportar la sensación de quemadura que les produce el líquido. Para evitar esto, hice construir por la casa Collín, de París, una cánula especial con una cámara aisladora de amianto, gracias á la cual todas las mujeres soportan fácilmente temperaturas de 60 grados.

Este instrumento se compone de dos tubos concéntricos.

El tubo interior *A*, de 4 milímetros de diámetro, está destinado á la entrada del agua caliente.

El exterior *B*, está formado de dos cilindros también concéntricos, unidos por sus extremidades; el cilindro interior tiene un diámetro de 10 milímetros, siendo el del exterior de 25 en el número 1 y de 30 en el número 2.

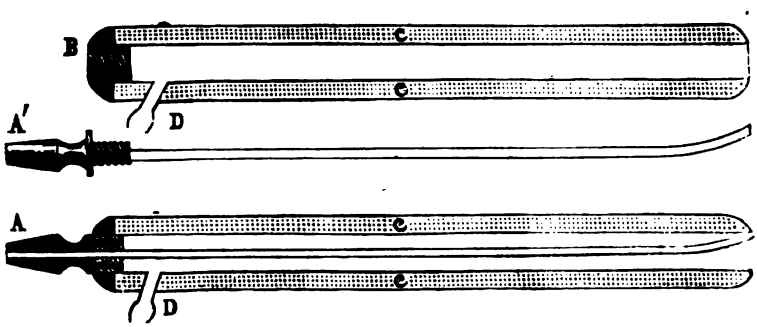
El espacio comprendido entre estos dos cilindros constituye la cámara aisladora y está relleno de amianto que, siendo muy mal conductor del calor, dificulta la transmisión del agua á la piel, en con-

(1) A. Suárez de Méndoza : Du traitement des inflamations utero-annexielles par l'éau a 60° centigrades. Comunicatión au XIII Congres international de Medecine.

diciones tales, que las enfermas soportan inyecciones de 60 y 65 grados, sin acusar más sufrimiento que cuando toman una inyección vaginal ordinaria á 40 ó 42 grados.

El orificio de salida *D*, de 6 milímetros y medio de diámetro, lleva un pequeño enchufe donde se puede adaptar un tubo de goma cuando se crea necesario.

La técnica de estas inyecciones á alta temperatura es sumamente sencilla : colocada la enferma en posición obstétrica, sin corsé ni prenda alguna que comprima el vientre, protegiendo sus ropas con un paño impermeable sobre su camisa, y colocado el recipiente de agua caliente á 60 centímetros de altura con relación á ella, se introduce la cánula impregnada de vaselina hasta el fondo de saco



posterior, y se deja correr el agua. En la mayoría de los casos, á los cinco ó seis segundos, el agua sale en chorro regular por el orificio destinado á ello en el cilindro aislador ; pero algunas veces no sale nada, lo cual indica que la extremidad de la cánula está obturada por un repliegue mucoso ; basta imprimir ligeros movimientos de rotación ó de adelante atrás al instrumento, para que en seguida comience á funcionar con regularidad.

Conviene apoyar ligeramente la cánula contra la horquilla, pues de lo contrario podría escaparse por la vulva un poco de agua, la cual, aunque en pequeña cantidad, ocasionaría á la enferma una insoportable sensación de quemadura. Cuando la horquilla está intacta y el aparato constrictor en buen estado, esta pequeña maniobra es sumamente fácil ; mientras que en los casos de desgarradura es necesario apretar los bordes de ésta contra la cánula, por medio del pulgar y del índice de la mano libre, pues de otro modo el agua saldría entre la cánula y la pared inferior de la vagina.

La irrigación debe ser diaria y durar diez minutos, tiempo y fre-

cuencia que en todos los casos me ha parecido suficiente. Más de 8000 lavados han sido practicados de esta manera en mi Clínica.

242 mujeres he tratado por este medio, tanto en mi Clínica, como en mi clientela particular; en 105 la infección parecía claramente de origen blenorrágico; de éstas, 87 presentaban lesiones anexiales fácilmente apreciables por el examen bimanual; las 18 restantes acusaban dolor espontáneo con mayor ó menor sensibilidad del útero y los fondos de saco, al tacto vaginal, sin que yo haya podido comprobar la existencia de lesiones apreciables.

Ha sido fácil comprobar el origen de la infección durante el período puerperal en 52 enfermas que presentaban casi todas un útero doloroso y lesiones anexiales de intensidad variable y fácil comprobación.

En un solo caso se aplicó este tratamiento á una joven casada que acusaba síntomas inflamatorios alrededor de un fibroma, para el cual rehusaba toda intervención cruenta; la mejoría fué rapidísima á pesar de no haber podido la enferma someterse al reposo que le aconsejamos.

Finalmente, en las 83 enfermas restantes me fué imposible establecer diagnóstico etiológico, no permitiéndome el interrogatorio más paciente llegar á formar una idea precisa de las condiciones en que se había producido la infección.

La mayoría de estas enfermas han encontrado rápido y persistente alivio con este tratamiento; pero según lo que hasta ahora llevo observado, parece existir, en cuanto á la rapidez de los resultados, una diferencia marcadísima entre las enfermas cuya infección es de origen gonocócico y las otras. En éstas, la mejoría sobreviene lentamente, pero la curación definitiva exige más tiempo y paciencia.

En las gonocócicas, por el contrario, hacia la décima ó duodécima irrigación se nota una gran mejoría á tal punto notable, que ha habido enfermas desde largo tiempo impotentes que han podido, después de un tratamiento de quince días, ocuparse de nuevo de los quehaceres de sus casas y aún alguna volver á trabajar en su oficio, hasta entonces abandonado. Algunas de estas enfermas han llegado á mi clínica reclamando una operación que les permitiese vivir sin padecer, encontrándose después de un mes de tratamiento en un estado bastante satisfactorio para rehusar toda intervención cruenta.

Para que el lector pueda formar juicio exacto de la manera de obrar de este tratamiento, voy á resumir dos ó tres observaciones

típicas, no queriendo aumentar los límites de este trabajo con la publicación de un crecidísimo número de ellas, en todo semejantes á las que siguen :

OBSERVACIÓN PRIMERA

E. M., de veintisiete años, casada, unípara, reglada á los once años con mucha dificultad y dolores, sigue dismenorréica hasta la edad de veinticinco años en que se casa. El matrimonio no modifica la función catamenial, que continúa siendo siempre muy dolorosa.

Embarazo á los diez meses de matrimonio y parto felicísimo de todo tiempo, el 3 de junio de 1900.

A los diez días de parida se levantó de la cama y tuvo, según ella, un enfriamiento que le ocasionó dolores generales y fiebre alta durante cinco días.

Crió cuatro meses, apareciendo la menstruación al tercer mes tan dolorosa como antes del embarazo.

Las relaciones matrimoniales han comenzado á ser dolorosas después del parto, exacerbándose notablemente el dolor durante el último mes.

El 8 de Noviembre de 1900 se presentó la enferma en la Clínica acusando fuertes dolores en el bajo vientre, con propagación á la región lumbar; dolores que la obligan á andar ligeramente encorvada; flujo blanco abundante y espeso, ligeramente teñido de sangre algunas veces. El estado general mediano, acusando la enferma frecuentes dolores de cabeza, falta de apetito, náuseas y vómitos de cuando en cuando.

Al examen manual se encuentra la matriz ligeramente aumentada de volumen; sensible á la presión bi-manual sobre todo en el cuerpo.

El especulum permite ver un cuello abultado, por cuyo orificio sale un poco de moco espeso y amarillento.

Los fondos de saco libres; los anejos apenas sensibles á la presión bi-manual.

Diagnóstico.—Metritis por infección puerperal.

Tratamiento.—Inyecciones vaginales diarias á 60° c. de diez minutos de duración.

11 *de noviembre.*—La enferma dice haber dormido tranquila casi toda la noche, lo cual no le había ocurrido una sola vez durante las últimas seis semanas.

17 *de noviembre.*—Los dolores espontáneos se han mitigado hasta

tal punto que la enferma ha comenzado de nuevo á ocuparse de las faenas de su casa.

El dolor provocado por el tacto bi-manual ha disminuído considerablemente.

7 *de diciembre.*—Tanto los dolores espontáneos como el flujo han desaparecido por completo. La menstruación, concluída hace tres días, se ha verificado sin dolor. El tacto bi-manual no produce dolor alguno. La enferma es dada de alta no habiendo vuelto á aparecer por la Clínica desde este día.

OBSERVACIÓN SEGUNDA

M. S., de treinta y tres años, viuda, nulípara, menstruada á los diecinueve años sin transtorno alguno; la menstruación ha sido completamente fisiológica hasta poco después del matrimonio.

Casó á los veinticuatro años comenzando á padecer poco tiempo después del bajo vientre, al mismo tiempo que las reglas perdían su periodicidad y aparecían acompañadas de dolores de intensidad variable.

Este estado continuó durante los dos años de matrimonio con períodos de exacerbación y calma relativa.

El 12 de octubre de 1898, se presentó en la Clínica acusando dolores mucho más agudos que de costumbre, producidos, según ella, por haberse lavado con agua fría al terminar la menstruación. Esta es dolorosísima, persistiendo el dolor en las dos ijadas durante el período intermenstrual; leucorrea constante aunque escasa.

Después de haberla tratado durante un par de meses por medio del taponamiento con ictiol y revulsiones enérgicas en el bajo vientre, el compañero que la asistía antes de presentarse en esta Clínica le propuso una operación, cuya naturaleza ignora la enferma, como único medio de curación.

El examen objetivo permite comprobar la posición normal del útero; el cuello ligeramente aumentado de volumen; el cuerpo doloroso á la presión, sobre todo en su cara posterior.

Los anejos ligeramente aumentados de volumen, sobre todo los del lado izquierdo, y muy dolorosos al tacto vaginal y á la presión bimanual.

Diagnóstico.—Utero-anexitis por infección gonocócica probable.

Tratamiento.—13 *de octubre.*—Comienzan las irrigaciones de diez minutos de duración con agua á 60° c.

18 *de octubre.*—Igual estado.

25 *de octubre.*—Los dolores tanto espontáneos como provocados comienzan á disminuir de una manera notable, aun cuando conservan intensidad suficiente para molestar muy seriamente á la enferma.

15 *de noviembre.*—El flujo ha desaparecido por completo desde el día 11 como también los dolores espontáneos.

Al examen bi-manual la matriz aparece indolora y completamente móvil. El tacto vaginal y la presión bi-manual no producen la menor sensación dolorosa en los anejos.

21 *de diciembre.*—Aparición de la regla.

26 *de diciembre.*—La menstruación se ha presentado sin dolor alguno; la enferma se cree completamente curada. El examen objetivo comprueba su apreciación. Alta.

OBSERVACIÓN TERCERA

I. M., de treinta y siete años, casada, portera en la calle del Pez de esta Corte.

Menstruación á los quince años fácil y abundante. Casó á los dieciocho, teniendo á los diecinueve un aborto de tres meses sin causa comprobada. Un año después, dió á luz una niña de todo tiempo que crió, persistiendo las reglas durante toda la lactancia.

En enero de 1900 padeció la grippe (?), que la ocasionó dolores en el bajo vientre y fiebre alta con grandes remitencias matinales. Su médico le aconsejó la aplicación de un vejigatorio en el sitio del dolor, irrigaciones vaginales con agua templada y taponamiento con ictiol.

Este tratamiento, que fué aplicado durante tres meses consecutivos, continuando la revulsión por medio de embrocaciones con tintura de iodo, produjo un alivio notable que continuó hasta el mes de agosto en que aparecieron nuevamente los dolores en el bajo vientre, acompañados de abundante flujo blanco, que manchaba las ropas de amarillo verdoso.

Los dolores aumentaron considerablemente en intensidad, y habiéndole hecho presentir su médico la probable necesidad de someterse á una operación, la enferma se decide á venir á la Clínica, en la que se presenta el 3 de noviembre de 1900, suministrándonos los anteriores datos y quejándose de un vivo dolor en el bajo vientre mucho más intenso en el lado derecho que en el izquierdo.

Por el tacto vaginal se aprecia una matriz algo abultada, dolorosa al tacto digital y á la palpación bimanual.

El fondo de saco de Douglas está completamente libre; en el fondo de saco lateral derecho se siente un tumor del tamaño de una nuez, aunque algo más larga, dolorosísimo al simple contacto. Este tumor, que parece implantarse en el cuerno derecho de la matriz, se encuentra separado de ésta por un surco apreciable. En el fondo de saco lateral izquierdo la presión digital y bimanual es dolorosa, pero los anejos no parecen aumentados de volumen.

Diagnóstico.—Metro-salpingitis de origen gonocócico y piosalpinx probable del lado derecho.

Tratamiento.—Aunque sin grandes esperanzas de éxito, sometí la enferma al empleo de las irrigaciones vaginales á alta temperatura.

3 *de oviembre.*—Comi enzan las irrigaciones de diez minutos á 60° centígrados.

7 *de noviembre.* — Los dolores han disminuído considerablemente.

10 *de noviembre.*—El examen manual permite comprobar una notabilísima disminución en el volumen de la trompa derecha.

26 *de noviembre.*—La enferma no acusa ningún dolor espontáneo; al tacto vaginal, tanto la matriz como los anejos, son aún algo dolorosos. El tumor del lado derecho ha desaparecido por completo, siendo el hecho comprobado por los Dres. D. Juan Antonio González, D. Aurelio del Río, D. Leonardo Pérez del Hierro, D. Eduardo Mínguez y D. Isaac Moreno, que examinaron la enferma el día de su ingreso en la Clínica.

11 *de diciembre.* — Nuevo reconocimiento vaginal. La matriz y los anejos izquierdos completamente indoloros, tanto al tacto digital como á la presión bimanual. Los anejos del lado derecho, de volumen normal, son aún sensibles á la presión.

Desde este día, la enferma deja de asistir á la Clínica.

10 *de enero de* 1901.—La enferma reaparece acusando algunos dolores, en los cuales las fiestas de la Natividad me parecen tener alguna responsabilidad. El examen local no difiere en sus resultados del practicado el 11 de diciembre.

La enferma toma 15 nuevas irrigaciones á 60° centígrados.

26 *enero.* — La enferma no siente molestia alguna y es dada de alta.

Esta no es, sin embargo, la regla en los casos graves en que existen lesiones supuradas de los anejos. En dichos casos, un considerable alivio de los síntomas dolorosos suele manifestarse después de dos ó tres semanas de tratamiento; pero bajo la influencia de un período catamenial, de un enfriamiento ó de cualquiera otra causa, los

síntomas dolorosos se recrudecen, y la histerectomía, haciendo valer sus derechos, acaba por pronunciar la última palabra; pero aun en los casos de este género, el tratamiento que preconizo me ha permitido procurar el alivio necesario para modificar ventajosamente el miserable estado general de mis enfermas y practicar en buenas condiciones la intervención indicada.

En este total de 242 enfermas atacadas de afecciones inflamatorias del aparato genital interno, sólo he tenido que recurrir 28 veces á la intervención cruenta para obtener la curación; por endo-cervicitis glandular, 4; endometritis fungosa, 6; salpingitis supuradas y piosalpinx, 18. Para la endocervicitis glandular he practicado la operación de Marckwald, 3 veces; la de Schröder, 1; todas con éxito. Las seis endometritis fungosas de forma hemorrágica, han sido curadas rápida y definitivamente por el legrado. En todas las anexitis supuradas, en que ha sido indispensable intervenir, he practicado la castración total por la vagina: 14 veces por el método de Doyen y 4 por el de Doyen y Müller, combinados; sobre estas 18 histerectomías vaginales, he perdido dos enfermas: la primera, natural de Jaén, cuarenta y ocho horas después de una intervención bastante laboriosa, practicada por el método de Doyen, se encontraba en un estado completamente satisfactorio; quitadas las pinzas, la paciente, á quien, como sucede siempre, la sed atormentaba, burlando la vigilancia de la enfermera, se tiró de la cama, corriendo hasta un botijo situado fuera de su cuarto para beber con avidez, volviéndose en seguida á la cama; á las pocas horas, comenzaron á manifestarse los síntomas de una septicemia sobreaguda, que arrebató á la enferma con la acostumbrada rapidez.

La segunda operada de esta serie, natural de Madrid, sufrió una histerectomía vaginal, indicada por la existencia de un doble piosalpinx dolorosísimo, que hacía á la enferma la vida insoportable; la intervención fué conducida con toda regularidad y sin ninguno de esos tropiezos que, durante la operación, suelen de cuando en cuando obscurecer el porvenir; el período post-operatorio fué apirético, y yo consideraba á mi operada fuera de peligro, cuando al sexto día, cuatro horas después de haber administrado yo mismo una inyección vaginal á muy baja presión (40 centímetros escasamente), se declaró una peritonitis generalizada que, después de seis días de lucha, acabó por arrebatarme la enferma.

No doy estos datos explicativos para sanear mi estadística, pretendiendo que estas defunciones no sean imputables á la operación,

pues no pertenezco á la escuela de los cirujanos que pretenden que una operación *salió muy bien*, muriendo el enfermo tres ó cuatro días después de practicada; yo entiendo que toda operación que directa ó indirectamente ocasiona la muerte de un enfermo, debe ser considerada como un revés. La operación que cura es, á mi juicio, la única que *sale bien*, pues sólo con el propósito de curar se practica.

Podrá parecer extraño, y á muchos digno de crítica, el no ver figurar en la terapéutica operatoria de las anexitis supuradas, la extirpación de los anejos, y el hecho exige ciertamente una explicación. Como todos los ginecólogos, practiqué *larga manu*, en los comienzos de la nueva era, la extirpación de los anejos supurados, y si bien el resultado inmediato era por lo general satisfactorio, el tiempo se fué encargando de convertir en decepciones los entusiasmos de los primeros días. La generalidad de las enfermas que se someten á este género de intervenciones, vuelven á padecer en época más ó menos lejana de la operación, ya de la trompa ó del ovario respetados, en los casos de intervención unilateral, ya de la matriz en los casos de exeresis anexial doble.

Fácil es comprender, después de semejante resultado, la poca satisfacción del cirujano en vista del éxito de su intervención, y las justas quejas y amargos reproches de las pacientes, que no comprenden se les haya sometido á una operación que, arriesgando su vida, les ha dejado en el mismo estado en que se encontraban antes de someterse á ella, procurándoles tan sólo un alivio de algunos meses.

Una paciente información, hecha por el Dr. Jayle, sobre un grandísimo número de enfermas operadas de extirpación de anejos en los hospitales de París, le permitió comprobar que casi todas estas enfermas después de un año ó de dieciocho meses, padecían del bajo vientre con mayor ó menor intensidad.

Por estas razones, mi criterio es que desde el momento en que la infección del aparato sexual interno de la mujer es suficientemente intensa para exigir una operación como único medio curativo, esta operación debe ser radical, respetando sólo un ovario en los casos en que esto pueda hacerse sin peligros para lo porvenir. Esta es mi regla general de práctica, regla que, como todas, debe y suele tener alguna excepción.

Ventajas de esta práctica: la operación no es sensiblemente más grave en un caso que en otro; la enferma está segura de no tener que correr más que una vez los riesgos de una intervención quirúr-

gica; en los casos en que ésta es coronada de éxito, lo cual es la regla, la curación es segura, absoluta y definitiva.

¿Cuáles son los inconvenientes de esta práctica, cuyas ventajas son tan palpables?

Un solo reproche, al parecer muy serio, se le ha dirigido: el hacer á la mujer estéril, aniquilando en ella la sublime función de la maternidad.

En primer lugar, la castración sólo merecería este reproche cuando se la compara con las intervenciones unilaterales, pero en estos casos, la maternidad es bien dudosa para la mujer, sobre todo cuando se trata de infecciones genitales de origen gonocócico.

Indudablemente, la teoría de los partidarios de las intervenciones parciales, es muy lisonjera: una vez abierto el vientre, se examinan los anejos, extirpando los enfermos y respetando los sanos.

Todos los que tienen alguna práctica de este género de intervención, saben perfectamente cuán difícil es decidir estos puntos en la sala de operaciones de una manera satisfactoria para lo porvenir de las enfermas.

Además, y para concluir con este asunto, yo creo que toda mujer, ante las contingencias vitales que traen consigo las infecciones graves del aparato sexual interno, tiene el perfecto derecho de renunciar á la maternidad, en beneficio de su propia existencia, pues este derecho á la esterilidad la sociedad se lo reconoce, y aun se lo impone en muy diversas circunstancias de la existencia que no entrañan para ella interés vital.

(Continuará).

REVISTA DE OFTALMOLOGIA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General de Madrid.

Sumario: I. El extracto acuoso de clavo de especia en el tratamiento de las opacidades de la córnea. — II. De la peronina en oculística. — III. Trombosis y flebitis de gonococus de la retina. — IV. Nueva teoría sobre el glaucoma. — V. Sobre las inflamaciones oculares de los egipcios. — VI. Operación de Critchett y oftalmía simpática.

I. El Dr. Krantchenko, sorprendido por los favorables resultados obtenidos por el vulgo con los clavos de especia en el tratamiento de las manchas de la córnea, ha hecho un estudio detenido de aquella substancia bajo los puntos de vista farmacológico, clínico y experimental. El vulgo pulveriza los clavos de especia y los aplica directamente á los ojos.

Del estudio que ha hecho dicho médico, ha sacado las siguientes conclusiones:

1.ª El extracto acuoso de clavos de especia produce un efecto favorable en las manchas corneanas, aumentando la agudeza visual. La influencia de esta substancia es tanto más favorable cuanto más reciente sea la afección.

2.ª Visto que esta substancia produce una irritación, siquiera sea pasajera, es menester abstenerse de su aplicación cuando los fenómenos agudos inflamatorios del segmento anterior del ojo no hayan cesado.

3.ª La mejoría de la vista se obtiene tanto en las opacidades superficiales como profundas de la córnea. Esta mejoría consiste en la transparencia y desaparición de las opacidades corneanas, gracias á la absorción de las infiltraciones en los leucomas todavía no consolidados por completo y en la vuelta á la vitalidad de los focos atróficos de tejidos propios de la córnea. Estos fenómenos son debidos á la hiperemia rápida provocada por la aplicación del medicamento.

4.ª El extracto acuoso de clavos de especia mejora la vista aun en casos refractarios á otros agentes usados.

5.ª En el leucoma total cicatricial de la córnea es menester perseverar en la aplicación de este agente terapéutico, con el objeto de preparar un terreno más favorable para una iridectomía óptica.

6.ª En las opacidades difusas superficiales es favorable practicar la instilación de algunas gotas de extracto dos veces por día, mañana y tarde, repitiendo las instilaciones en cada sesión con intervalos de cinco á diez minutos.

7.ª En las manchas circunscritas se puede combinar con provecho las instilaciones del medicamento en el saco conjuntival con los toques inmediatos á las partes afectadas mediante un pincel empapado en la misma disolución.

8.ª En las personas muy sensibles se podrán hacer preceder las instilaciones del extracto de clavos, de la anestesia cocaínica, por cuyo medio la sensación dolorosa es menos duradera.

9.ª Una aplicación prolongada del extracto acuoso de clavo de especias no provoca fenómenos accesorios desagradables de parte del ojo.

El Dr. Krantchenko ha aplicado el extracto sobre 62 córneas y ha obtenido muy buenos resultados. Los enfermos en cuestión se aperciben de su mejoría al cabo de siete á doce días, y un poco más tarde se puede demostrar objetivamente esta mejoría.

Véase la manera cómo el autor prepara este extracto: Toma mil clavos de especia ordinarios y los coloca en un vaso de vidrio alto y ancho; sobre ellos arroja agua destilada; en seguida agita el todo, dejando el contenido del vaso en reposo. Se ve que una parte de los clavos se va al fondo del vaso y los otros nadan en la superficie del agua. Se toman después los clavos que han caído al fondo y se los deseca entre dos hojas de papel secante. Después de haber limpiado los clavos de sus hojuelas, se los coloca en un pequeño molino de café y se los reduce á un polvo grosero. Este polvo es conservado en un frasco de vidrio esmerilado. Para obtener el extracto, se pone este polvo en un pequeño matraz de porcelana, se añade agua destilada en la proporción de 1 por 15, y al cabo de cinco minutos se porfiriza la mezcla durante tres ó cuatro minutos, después de lo cual se filtra. El líquido obtenido de esta manera es ligeramente opalino, de sabor picante, y colorea el papel de tornasol en rojo. Es el líquido que ha puesto en uso el autor.

Conocidos los felices resultados obtenidos por el Dr. Krantchenko por medio de esta substancia, otros médicos rusos la han ensayado también, y en la sesión del 24 de febrero del año pasado de la Sociedad oftalmológica de San Petersburgo, Botvinnik ha referido 31 casos de opacidades corneanas tratados por el extracto de clavos de especia. En 8 casos no ha obtenido resultados; en los otros 26, entre

los cuales había manchas antiguas muy saturadas, obtuvo una mejoría más ó menos acentuada de la vista, llegando muchos hasta duplicar ó triplicar su agudeza visual; de suerte que este autor también recomienda hacer uso de esta substancia en las opacidades de la córnea.—(*Archives de ophtalmologie*, diciembre de 1900).

II. Sobre la peronina en la oculística, Smirnoff, de San Petersburgo, ha leído una comunicación en la Sociedad de Oftalmología de esta ciudad en la sesión de 16 de diciembre de 1899. Vista la composición química del nuevo agente terapéutico, que es, como se sabe, un cloruro de benzol-morfina, se podria, *a priori*, atribuirle un papel importante en la patología ocular, dado el poder anestésico del benzol y la acción miótica de la morfina. Los anestésicos oculares de que disponemos, la cocaína especialmente, gracias á su acción midriásica, puede llegar á ser perjudicial en el glaucoma. Notemos que la olocaína y la eucaína no tienen ninguna acción sobre la pupila. Smirnoff ha ensayado la peronina en 100 individuos, 35 de ellos eran ojos absolutamente normales. El título de la disolución de que se sirvió este autor era de un $^1/_3$ por 100, otra disolución al 1 por 100 y otra al 2 por 100, la cual provocó una hiperemia muy fuerte y aun un edema de la conjuntiva. La acción de la peronina sobre el ojo se presenta bajo el aspecto siguiente: La anestesia se establece tan prontamente como con la cocaína, pero es más duradera. Además, esta acción está sujeta á variaciones individuales: así, en el 20 por 100 de los casos observados, la anestesia peronínica se hace manifiesta al cabo de medio minuto, pero ha habido casos en que la anestesia no se produjo sino al cabo de cinco minutos. En fin, 15 casos de pannus corneano se han mostrado refractarios á la acción de la peronina. La acción miósica del medicamento en cuestión no es muy fuerte, pero es muy duradera: persiste veinticuatro horas después de una sola instilación, y resiste á la acción de la atropina. Su acción sobre la difusión en la cámara anterior traspasa la de la eserina y es casi igual á la de la cocaína.

Habiéndose asegurado el autor por experimentos anteriores de la acción hipotonizante de la peronina, la ha ensayado en los glaucomatosos. Exceptuando un caso, en que la instilación repetida de la solución de $^1/_3$ por 100 de peronina no ha producido anestesia, en todos los otros casos ésta fué completa. En estos casos, ni la hiperemia, ni el lagrimeo, ni el edema, eran menos pronunciados que en los ojos sanos. En fin, en 4 casos de glaucoma crónico, la peronina fué ensayada como medio antiglaucomatoso. De la solución de $^1/_3$ por

100 han sido instiladas una ó dos gotas tres ó cuatro veces en las veinticuatro horas, y el resultado obtenido ha sido en general favorable: la mejoría de los fenómenos subjetivos ha sido, sobre todo, pronunciada; los dolores glaucomatosos han disminuído ya desde el primer día; en los síntomas objetivos no se ha tardado en experimentar también una mejoría sensible.

La tensión intra-ocular ha bajado; las venas esclerales anteriores se hacen poco perceptibles: en un caso, la córnea se ha transparentado; en tres, la visión ha aumentado. Sin pronunciarse definitivamente sobre la acción antiglaucomatosa y la peronina, el autor se cree completamente autorizado para recomendarle como analgésico.

En la discusión sostenida sobre esta comunicación, todos los miembros de la Sociedad que tomaron parte confirmaron la acción favorable de la peronina en el glaucoma. Solamente se ha declarado que una disolución de un $^1/_4$ por 100 es suficiente; que la solución de un $^1/_2$ por 100 es demasiado irritante. A esto ha respondido Smirnoff que instilando solamente una gota de la solución con intervalos de medio minuto, se evita la aparición del edema conjuntival. Por lo demás, el profesor Bellyarminoff ha hecho notar que este edema, siendo de corta duración, no tiene importancia alguna. Este Profesor cita además un caso de glaucoma absoluto con dolores atroces, en que ni la pilocarpina ni la eserina han podido mejorarle y la operación había sido rechazada; con la peronina en disolución al $^1/_4$ por 100 se han calmado rápidamente los dolores. También la peronina ha prestado servicios importantes al profesor Bellyarminoff, como á su jefe de Clínica el Dr. Dolganoff en los glaucomas subagudos. — (*Archives de opthalmologie*, diciembre de 1900).

III. Galezowsky ha observado un caso de trombosis y flebitis de gonococos en la retina de un hombre de cuarenta y nueve años atacado de una blenorragia crónica con manifestaciones reumáticas, pero cuyo corazón estaba sano. Este enfermo ha perdido rápidamente la visión de un ojo por trombosis de un vaso retiniano. Después de un tratamiento con el salicilato de quinina, la litina y la aplicación de compresas, ya calientes, ya frías, sobre el globo ocular, la vista la ha recobrado en gran parte.

Se sabe que el gonococo puede propagarse por la vía sanguínea y marchar á ingertarse en órganos muy lejanos de sus sitios primitivos de inoculación, entre otros, sobre el corazón, la aorta, las venas y en particular los capilares; es, pues, verosímil referir al gono-

coco ciertas trombosis embólicas de los vasos retinianos.—(*Societé d'ophtalmologie de Paris*, sesiones de abril, 1900).

IV. El Dr. Jocqs ha expuesto una nueva teoría sobre el glaucoma, que llama de la válvula pupilar. Según este autor, en el glaucoma la falta de comunicación entre las dos cámaras constituye el principal obstáculo á la curación. En el glaucoma agudo primitivo, la causa primera de la hipertensión reside detrás del iris, probablemente á causa de un trastorno vaso-motor. En ciertos glaucomas secundarios, la causa primitiva puede consistir en un obstáculo que reside en las vías de eliminación de la cámara anterior; esclerosis del iris, obstrucción de los espacios esclero-corneanos y consecutivamente oclusión de estos espacios en la base del iris. En estos dos casos, la iridectomía constituye la operación más favorable, creando una brecha de comunicación entre las dos cámaras, anterior y posterior. La queratotomía ó las diversas escleroctomías no pueden tener más que un efecto momentáneo en la mayor parte de los casos. Cualquiera que sea la causa primitiva, el resultado es una hipertensión general de todo el globo ocular que cierra la válvula pupilar. Esta oclusión de la válvula constituye el principal obstáculo á la curación del glaucoma agudo idiopático; también constituye un obstáculo secundario, pero muy importante, á la curación del glaucoma consecutivo, aumentando la dificultad ya existente á la eliminación del humor acuoso.

Cuanto á las operaciones que tienen por objeto incindir el ángulo irido-esclero-corneano, su acción no puede ser más que la de un desbridamiento, pero no la de facilitar la eliminación del humor acuoso de un modo permanente. El efecto cicatricial que debe necesariamente resultar hará, por el contrario, temer un resultado opuesto.

La teoría de la válvula pupilar explica bien, según el autor, la diferencia de acción de la iridectomía en las diversas clases de glaucoma. En el glaucoma agudo repentino, el que se ve casi exclusivamente en las mujeres, y que es probablemente de origen vaso-motor y, por consecuencia fugaz, la creación de la brecha iridiana, si se ha hecho pronto, determina á menudo una curación definitiva, y si ella es incapaz de prevenir las recidivas, las hace al menos más benignas. En el glaucoma subagudo ó secundario, que es precedido de prodromos más ó menos lejanos, la hipertensión, siendo determinada por la insuficiencia de las vías anteriores de eliminación, la brecha iridiana es á menudo incapaz de producir una curación comple-

ta, pero atenúa inmediatamente los síntomas haciendo la comunicación entre las dos cámaras más fácil.

En los llamados glaucomas posteriores y en los glaucomas absolutos donde la hipertensión no disminuye, aunque la cámara anterior se abra, la iridectomía parece que no debería tener acción. Sin embargo, la observación demuestra que hace los ataques dolorosos mucho más raros y más atenuados. En el glaucoma crónico simple con hipertensión, la iridectomía disminuye la hipertensión, restablece una parte del campo visual y á menudo detiene los progresos del glaucoma. En fin, en el glaucoma crónico simple sin hipertensión, la iridectomía, no teniendo necesidad de restablecer la válvula pupilar, no tiene ninguna acción. En estos casos nosotros preferimos la esclerotomía, que tiene á lo menos la ventaja de no producir esta disminución de la agudeza visual que se observa tan á menudo en los glaucomatosos simples cuando ellos han sido iridectomizados. El autor concluye diciendo: «La mejor operación en el glaucoma es la iridectomía; la parte esencial en esta operación no es la incisión de la región esclero-corneana, sino la brecha del iris. Es menester hacer una excisión tan pequeña como sea posible para no disminuir el campo de la absorción; sería á menudo una operación suficiente si se pudiese hacer la iridectomía sin abrir el globo ocular.—(*La clinique ophtalmologique*, 25 noviembre 1900).

V. Müller ha hecho un trabajo notable sobre las inflamaciones oculares de los egipcios. Sus conclusiones son las siguientes:

El tracoma es endémico en Egipto entre los indígenas; la infección se produce regularmente antes de los tres años, pero á menudo desde el primer año de la vida. Todos los árabes adultos tienen cicatrices conjuntivales de origen tracomatoso. La afección evoluciona lentamente y no es difícil que llegue á curarse sin complicaciones.

El catarro de Egipto (la conjuntivitis debida al bacilo de Wecks) está muy extendido. Ataca todos los años á gran parte de la población. No es grave en general en los adultos, probablemente á causa de las cicatrices tracomatosas. En los niños es mucho más serio y quizá tan intenso como la blenorragia aguda; á menudo se acompaña de falsas membranas, y en los casos más graves se complica con trastornos corneanos. Después de la terminación de la enfermedad, la conjuntiva se restablece completamente. El tratamiento debe ser suave.

La blenorragia aguda ocular es en Egipto mucho más frecuente que entre nosotros, tanto en los niños, donde la evolución es aná-

loga á la de nuestra comarca, como en los adultos, donde el gonococo no tiene acción sobre la conjuntiva cicatricial, pero en cambio, ulcera y destruye á menudo la córnea.

Rara vez se presenta la conjuntivitis flictenular, así como otras inflamaciones de la conjuntiva complicadas de flictenas, y esto á pesar de la suciedad y el mal estado de nutrición de los niños egipcios. Se encuentran á menudo formas mixtas entre el tracoma de una parte y el catarro ó la blenorragia de otra; entre estas dos últimas afecciones y aun de las tres.

Desde el punto de vista bacteriológico, es interesante el hacer constar que el bacilo de Müller se encuentra también en Egipto en los casos típicos de tracoma, frecuentemente en cultivos puros. Se ve principalmente en los inmigrantes, que son atacados en una edad más avanzada, y que sufren mucho más que los indígenas.

Sobre el medio de cultivo de Pfeiffer (agar adicionado á suero de sangre de pájaro), las colonias del bacilo de Wecks pueden igualmente desenvolverse y se parecen mucho á las del bacilo de Müller; es menester recurrir á un fuerte aumento para diferenciarlos. Las colonias de gonococos tienen igualmente un cierto parecido con las precedentes. El bacilo de Müller tiene los mismos caracteres que el bacilo de la influenza; así, los dos se desenvuelven mejor sobre el medio de Pfeiffer modificado por el desenvolvimiento anterior ó simultáneo de otras bacterias, sobre todo de las bacterias del aire. —(*Archives d'ophtalmologie*, noviembre 1900).

VI. Chevallereau ha visto sobrevenir en uno de sus operados de queratotomía de Critchett una oftalmía simpática tres días después de practicada. La enucleación del ojo simpatizante, y el tratamiento por la atropina y las fricciones mercuriales, han permitido conservar el ojo bueno con $^1/_4$ de agudeza visual. Esta observación ha hecho que Chevallereau sea muy reservado en el empleo de la operación de Critchett. Prefiere la amputación del segmento anterior del ojo, según el procedimiento de Wecker. Desgraciadamente, la sutura en bolsa no es resistente. Prefiere estas operaciones parciales á la enucleación y aun á la evisceración, que no deja un muñón sensiblemente mayor que la enucleación.

Darier refiere la observación de uno de sus operados, que ha tenido una oftalmía simpática seis meses después de una operación de Critchett.

Terson cree que se evitarían los accidentes simpáticos reservando el método de Critchett para los ojos glaucomatosos que han

pasado por una fase de glaucoma, y haciendo la sección en plena córnea, con el fin de evitar la herida y la infección del cuerpo ciliar. A los ojos panoftálmicos conviene la evisceración, y á los hipotonos é irritables la enucleación.—(*Societé d'ophtalmologie de Paris*, sesión de mayo de 1900).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de Enfermedades de los niños en el Instituto Rubio.

I. Higiene del dispéptico, por el Dr. A. Marín Perujo. Madrid, 1901.
II. Problemas del día, por D. César Silió Cortés. Madrid, 1900.
III. Ensayo de una bibliografía de Orfila, por D. Enrique Fajarnés y Tur, Palma de Mallorca, 1900.

I

Con decir que nos ocupamos de la quinta edición de esta obra, puede juzgarse de su valor por este solo dato, pues por sí es suficiente para acreditar ante el público un mérito basado en la sencillez de exposición y acierto al desenvolver las cuestiones que abarca referentes á la higiene general de la dispepsia, al régimen alimenticio y clase de alimentos en el tratamiento de esta alteración gástrica, así como al régimen apropiado á cada variedad de dispepsia.

El Dr. Marín Perujo, distinguido especialista en esta clase de estudios, ha demostrado en varios trabajos sus conocimientos, y no es éste ciertamente el de menos mérito y utilidad, pues son tales las condiciones de la obra, que no es de extrañar la aceptación que ha merecido del público, agotándose varias ediciones en poco tiempo.

II

El espíritu altamente filosófico con que el Sr. Silió Cortés desenvuelve los diversos problemas que constituyen el motivo de su obra y el vigor desplegado en la forma y fondo de su trabajo, hacen de él uno de los más solicitados por los aficionados á estas cuestiones, que pudieran llamarse de higiene social, pues son tales las relaciones que los estudios de esta clase tienen con la marcha de la salud de los pueblos, que á su conocimiento no pueden sustraerse los sociólogos que tanto caudal de ciencia aportan á la higiene. Desde este punto de vista, la obra que analizamos es de gran utilidad á los médicos,

y sobre todo de aplicación inmediata á sus estudios, son las ideas vertidas en los brillantes capítulos titulados «población y subsistencias»; «un pueblo estéril»; «el país de la muerte»; «el valor económico de la vida»; en los cuales demuestra su competencia tratando de asuntos de demografía en general y en particular de España, y tantas otras cuestiones en las que da pruebas extraordinarias de literato y sociólogo de altos vuelos.

Como esta obra ha sido juzgada de mérito extraordinario por otros escritores, nosotros no emitimos más ideas respecto de ella, y nos limitamos á felicitar á su autor por tan excelente publicación.

III

Es el objeto del Dr. Fajarnés, al publicar esta Memoria, dar á conocer con la mayor exactitud posible el caudal de trabajos publicados por el sabio médico menorquín Dr. Orfila, ilustre Catedrático que fué de la Universidad de París, y completar de esta suerte cuanto sobre esto se ha escrito por Hoefer, Rubió y Bellvé, A. Chereau y otros. Divide su trabajo en dos partes: en la primera comunica las obras que dió á luz Orfila, con mención especial de las traducciones españolas, haciendo un total de 90, cifra que revela una fecundidad intelectual extraordinaria, y en la segunda parte da cuenta de los trabajos que han publicado varios autores, relativos en su mayor parte á la bibliografía de Orfila.

Es de agradecer el trabajo del Dr. Fajarnés que recopila con gran acierto cuanto se relaciona con tan ilustre español, gloria indiscutible de la Medicina.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesiones de los días 9 *y* 16 *de Febrero de* 1901 (1).

Extirpación de un tumor del cuello. Sección del pneumogástrico. Curación.— El Dr. Ribera: Aun cuando no se trate de hechos excepcionales, no son tan frecuentes las intervenciones sobre el pneumogástrico que entienda pueda prescindirse de exponer los casos en que sea necesario intervenir sobre dicho nervio; y no huelga tal exposición, tanto más cuanto que se repi-

(1) Primeras del curso actual.

te que en el cuello casi lo de menos es lo que se refiere á los vasos, y lo de más á los nervios; es decir, que la gravedad de las intervenciones del cuello se debería, no á interesar la carótida ó la yugular, sino á que se interesen ó no los nervios.

La serie de intervenciones hechas de una manera sistemática sobre el simpático cervical demuestran que, por lo menos, la extirpación del cordón cervical con sus dos ganglios superiores (haciendo algunas reservas en lo que concierne al tercer ganglio), es una intervención inocente, cuyo valor terapéutico se podrá ó no discutir, pero que hay que convenir que como intervención quirúrgica no presenta gravedad. Y en cuanto á lo que al pneumogástrico se refiere, si no muy frecuente, no deja de haber una serie de observaciones que demuestran la posibilidad de intervenir activamente sobre dicho nervio, y prescindiendo de los traumas accidentales, tales hechos demuestran que la sección, resección de uno de los pneumogástricos y aun de los dos, puede ir seguida de curación: hechos comprobados experimentalmente y vistos en la Clínica.

La Monografía de Giordano, entre otras, y los estudios experimentales y clínicos de Dalla Vecchia, hechos y observados en el Instituto quirúrgico de Ceccherelli, Profesor de la Clínica quirúrgica de Parma, lo demuestran plenamente, y sin necesidad de entrar en detalles, basta con exponer algunas de las cifras que contiene dicha Memoria: De 81 casos de lesiones quirúrgicas del pneumogástrico, en 14 sobrevino la muerte, obteniendo 17 curaciones; es, por lo tanto, la mortalidad en conjunto de 45 por 100. La sección aislada del pneumogástrico ha ido siempre seguida de curación; en cambio, la ligadura del nervio, accidente que no se deja de observar, es siempre un hecho grave. De todos modos, según Dalla Vecchia, la mortalidad general por lesión de este nervio, se trate de lesiones accidentales ú operatorias, es próximamente del 52 por 100, primer hecho que se debe tener presente, porque demuestra que aun cuando sean de importancia tales intervenciones, no son, ni con mucho, fatales por necesidad, y por tanto, que la inclusión del pneumogástrico por un neoplasma no contraindica en absoluto la intervención.

Conviene por otra parte recordar que la cirugía del cuello es una cirugía familiar á los cirujanos españoles; y si es cierto, como indica Bottini, que tal cirugía no es frecuente en las Clínicas de Francia, Alemania é Inglaterra, no se puede decir lo mismo de las españolas, en las cuales la extirpación de la parótida es operación corriente y hace ya muchos años no se discute su posibilidad, como todavía se discute hoy por los cirujanos franceses, lo cual explica que hace ya algún tiempo tuve el honor de exponer á esta Real Academia una serie de observaciones de extirpación de parótida, todas ellas seguidas de éxito.

Concretándome á lo que se refiere á los neoplasmas malignos que engloban los elementos del paquete vasculo-nervioso del cuello, claro es que no en todas será posible la extirpación, pero no es menos cierto que muchos de ellos, de forma circunscrita, pueden ser operados aun cuando sea preciso incindir ó excindir alguno de los elementos de dicho paquete. En lo que á mi práctica se refiere, sólo recordaré que hace ya algún tiempo publiqué en la Revista de Medicina y Cirugía prácticas una observación de sarco-

ma del cuello, en cuyo caso, para que la extirpación fuera posible, me ví obligado á extirpar 8 centímetros de la yugular interna, intervención seguida no sólo de éxito operatorio, sino del terapéutico, pues al año de verificada la operación el enfermo vivía, sin huella alguna de recidiva.

Conviene consignar que la operación no dió origen á ningún trastorno en lo que á la circulación intercerebral se refiere. No ocurrió así en otro caso que tuve la ocasión de operar en el curso próximo pasado, y que resumiré en pocas palabras, por no ser este el principal objeto de mi comunicación. Tratábase de un individuo de treinta y cinco años de edad, que ingresó en la Clínica el 27 de diciembre de 1899, presentando en el lado derecho del cuello un tumor, que diagnostiqué de sarcoma. Operado el día 5 de enero, me ví precisado á extirpar más de 10 centímetros de carótida primitiva y unos 2 centímetros de las carótidas externa é interna. El enfermo vivió ocho días, muriendo el día 13, sin haber conseguido se restableciera la circulación cerebral, siendo muy manifiestos los síntomas de anemia, y terminando tal vez por focos de reblandecimiento, no pudiéndose comprobar el hecho por no habernos autorizado á hacer la autopsia.

Aun cuando en este caso la terminación haya sido desfavorable, lo más que significa es que no es tan inocente, como se supone, la extirpación de la carótida primitiva, y que no siempre se consigue se restablezca la circulación intracraneal, á pesar de las amplias anastomosis ; pero como al lado de este hecho hay una serie de observaciones en que la excisión de porciones de los grandes vasos del cuello han sido seguidas de curación, no se puede deducir de tal caso que cuando esté englobada la carótida primitiva por un neoplasma maligno, está contraindicada la intervención.

Era preciso hacer estas breves consideraciones, como preliminar al caso clínico que voy á exponer, porque ellas explican por qué en dicho caso y á pesar del diagnóstico que se hizo de tumor maligno y de que éste englobaba el paquete, entendiera que era posible y estaba justificada la operación, como los hechos sucesivos lo comprobaron, porque hay que advertir que en la inmensa mayoría de los casos sólo por los caracteres físicos del tumor se diagnosticará si el paquete está englobado, porque suelen faltar los síntomas funcionales. Y vamos á la exposicion del caso.

Trátase de un hombre de sesenta y dos años de edad, que ingresa en la Clínica de operaciones el 16 de mayo de 1900 con un tumor de la región lateral izquierda del cuello.

El Catedrático de Operaciones, mi querido y distinguido amigo Dr. Jiménez, que no sólo conocía los dos casos de que acabo de hacer mención, sino que en el último me había auxiliado con su valiosa cooperación en el acto operatorio, me invitó á examinar al enfermo, y de dicho examen llegamos á la conclusión de que se trataba de un epitelioma del cuello, circunscrito, pero englobando el paquete vasculo-nervioso, y dada su limitación, estar completamente libre la piel del cuello y los órganos de la línea media, y ser excelentes las condiciones generales del individuo, juzgamos que podía intentarse la extirpación de tal neoplasma, siempre que estuviéramos decididos á sacrificar alguno ó todos los elementos que componen el paquete vasculo-nervioso. Acordada la intervención y aceptado el ofrecimiento del Dr. Jiménez, procedimos ambos á la operación el día 9 de junio de 1900.

Incisión extensa, siguiendo el borde anterior del esterno-cleido-mastoideo, por ser también tal dirección la del eje mayor del neoplasma; incindida la piel, tejido celular cutáneo, y puesto al descubierto el esterno mastoideo, se vió que no podía prescindirse de seccionar dicho músculo para que quedara libre la cara externa del tumor. Entonces se procedió á determinar las relaciones de dicho tumor con las partes próximas. Empezando á disecar desde la parte inferior se vió que, en efecto, estaba englobado el paquete, por cuya razón y con el fin de no sacrificar más que lo absolutamente preciso, empecé aislando de abajo arriba, pudiendo observar que las adherencias eran principalmente con la cubierta celulo-fibrosa del paquete, consiguiendo aislar por completo la carótida y la yugular interna, así como el pneumogástrico, en una gran extensión de su trayecto; pero al llegar á cierta altura, me fué imposible seguir disecando, porque dicho nervio penetraba dentro del tumor, visto lo cual, corté el pneumogástrico, decidido á extirpar la porción de dicho nervio, comprendida por el tumor. Mas apenas cortado el nervio y separado, por lo tanto, el segmento inferior, al levantarlo por la parte superior, vióse que se desprendía con la mayor facilidad, saliendo el cabo superior del conducto que le formaba el neoplasma, que, por lo tanto, más que al cordón nervioso adhería al perineuro, con lo cual no era preciso extirpar ninguna porción de dicho nervio, y siendo, por lo tanto, entonces relativamente fácil concluir la extirpación del neoplasma. Entonces se le ocurrió, con gran oportunidad, al Dr. Jiménez, que puesto no había pérdida de substancia del nervio, sería conveniente hacer una neurorrafia, como así lo ejecutó, cosiendo con un punto de sutura, hecho con seda fina, las dos porciones del pneumogástrico.

El resto de la operación no ofreció nada de particular, razón por la cual no hay para qué describirla.

El examen del neoplasma demostró se trataba de un epitelioma.

La marcha post-operatoria no ofreció nada de especial en lo que á la herida se refiere, pero sí debo hacer mención de algunos trastornos que, aun cuando ligeros, no dejan de ofrecer algún interés.

Inmediatamente después de la intervención, y cesada la acción del cloroformo, se vió que el enfermo presentaba algunos trastornos por parte del aparato vocal, traducidos en los primeros momentos por afonía intensa, á la que siguió el cambio de voz, que era bitonal, hecho que subsistió durante todo el tiempo que estuvo en la Clínica, conservando todavía el operado alguna ronquera cuando fué dado de alta.

También se observaron durante los siete ú ocho primeros días siguientes á la operación, intensos accesos de sofocación.

La temperatura osciló en los primeros días entre 37° y 38°, para después normalizarse. La respiración fué algo lenta y profunda.

El pulso presentó algunas modificaciones: en los primeros días osciló entre 90 y 100 pulsaciones por minuto, llamando la atención por su gran amplitud y tensión; pero unos y otros caracteres, así como la frecuencia, fueron disminuyendo progresivamente en los días siguientes á la intervención hasta hacerse completamente normal.

Tales son, á grandes rasgos, los principales hechos observados en este enfermo, que demuestran una vez más la inocuidad relativa de la sección del

pneumogástrico, hecho que se prestaría á algunas consideraciones, de las cuales me abstengo, teniendo presente que nuestro compañero el catedrático de Fisiología Dr. Gómez Ocaña va á hacer una comunicación acerca de la fisiología de dicho nervio, y yo me limitaré únicamente á exponer una idea.

No se concibe que la intervención sobre un nervio encargado de funciones de tal importancia dé origen á trastornos tan pequeños; ¿dependerá el hecho de que un nervio aprisionado por un neoplasma durante largo tiempo deja de ser tal nervio, debido á los trastornos de orden mecánico que en su estructura produce el neoplasma? O por mejor decir, ¿se corta ó excinde el pneumogástrico ó un cordón ya degenerado y que como á tal ha dejado ya de funcionar ó cuyas funciones son ya muy limitadas? Baste con esta indicación, y de todas maneras es el caso expuesto uno más, que demuestra que las intervenciones sobre el pneumogástrico son posibles, y que el estar dicho nervio englobado por un neoplasma no contraindica la operación.

Réstame decir que el enfermo salió de la Clínica curado el día 17 de julio.

Influencia de los nervios pneumogástricos sobre el ritmo y la potencia del corazón.— El Dr. Gómez Ocaña: El músculo cardíaco es muy singular, no se parece á ningún otro; cada músculo tiene su nervio motor, pero en el corazón no ocurre nada de esto, no hay nervio que cortado suspenda sus latidos, ni que le obligue á entrar en tétanos, ni se paraliza con la intoxicación por el curare, que, como sabéis, es un veneno paralizante de los nervios.

Todavía tiene otro aspecto más singular: no se ha demostrado nervio inhibitorio muscular alguno en los estriados, y sin embargo, el corazón le tiene en el vago. ¿Es singularidad del corazón ó ignorancia nuestra? Hay quien dice que pudieran ser motores del corazón, los aceleradores, mas si se cortan no cesan los latidos. Cuando se corta el simpático ni siquiera se altera el ritmo. Pero hay quien pretende que pueden ser nervios motores, ciertas fibras del pneumogástrico.

Hay otra cuestión, que ya no es tal cuestión: me refiero á la batalla sostenida á través de los siglos entre los partidarios de las teorías miogénica y nerviosa, desde Hipócrates hasta nuestros días. Unos argumentan que el corazón late antes de que aparezcan sus nervios; que la punta del corazón, careciendo de ellos, late rítmicamente, y que en algunos animales que no tienen nervios, el corazón se contrae también á compás. Argumentos de los otros: no hay comunicación entre las fibras musculares de las aurículas y las de los ventrículos, ni es prueba concluyente que lata el corazón antes de tener nervios, porque también vive el embrión antes de tener órganos. En realidad, el corazón late porque es músculo y subordina sus latidos al gobierno de sus nervios, y son permanentes la influencia de los ganglios intracardíacos y la del pneumogástrico; éste es la rienda del gobierno de la vida animal sobre la vegetativa, y muy especialmente el regulador del corazón; por eso su influencia es constante. Tiene fibras aceleradoras, moderadoras y tónicas. Además, Pawlow ha demostrado un nervio cardíaco anterior, en el perro, cuya excitación produce alza de la presión de la sangre, y dice que, intoxicando á un conejillo con la convallamarina, disminuye la energía de los latidos cardíacos: yo no he comprobado lo último; por el contrario, he visto producirse alza de la presión arterial.

El 18 de enero de este año, á un perro de 2500 gramos de peso, le inyecté

2 milígramos de convallamarina, y subió la presión arterial 5 milímetros de mercurio en el hemodinamómetro de Marey. La excitación del vago con la corriente farádica del aparato de Meyer, todavía aumentó la presión arterial.

En otro perro sometido á la acción de dos milígramos de sulfato de atropina, pude observar que la excitación del nervio vago, lejos de suspender los latidos cardíacos, elevaba la presión de la sangre por valor de 30 y más milímetros de mercurio. La atropina impide la acción inhibitoria de los pneumogástricos, y cuando se excitan estos nervios en los animales sometidos á las sales de aquel alcaloide, la presión sube y las oscilaciones pulsátiles se hacen mayores.

El Dr. Gómez Ocaña dió á conocer las investigaciones anatómicas de un médico chileno, el Dr. Undurraga (1), que pretende haber disecado en fetos humanos, el nervio depresor, que unas veces nacía del laríngeo externo, otras del superior, y otras, las más raras, directamente del nervio vago. En los tres casos se unía á otra rama de un ganglio del simpático, sobre un pequeño ganglo situado sobre la arteria tiroidea inferior, y que él llama tiroideo inferior.

Resulta el pneumogástrico compuesto por lo menos de cuatro clases de fibras: unas que aumentan la potencia del corazón, otras que la disminuyen, otras que aceleran el ritmo y otras que lo retardan: es, pues, su influencia más extensa de lo que se cree. ¿Cómo funciona normalmente dicho nervio? Ordinariamente deben existir ciertas substancias de la sangre, como el ácido carbónico, el oxígeno y secreciones internas que van á influir sobre el corazón, el órgano más sensible en la economía á todos los venenos, no sólo animales sino vegetales. Respecto á este punto, se ha demostrado que ejercen acción sobre el ritmo cardíaco tres clases de secreciones: las de las cápsulas supra-renales, hipófisis y tiroides.

Es un hecho conocido que los ioduros alcalinos bajan la presión arterial y aceleran los latidos cardíacos; yo lo he probado con los ioduros de sodio y de potasio. En un caso inyecté en las venas un gramo de ioduro de sodio á un perro, y la presión bajó 10 milímetros, y el pulso no sufrió alteración. En otro perro inyecté otro gramo, y bajó 35 milímetros la presión arterial. Inyecté á otro perro 1 cent. cúb. de jugo tiroideo de carnero, y también bajó la presión; á otro de caza le inyecté 2 cent. cúb. y bajó de 155 á 140, y luego á 130 milímetros de mercurio. En cambio, la tiroidina, comprada en una farmacia, en inyección intravenosa, á la dosis de 0'5 gramos en un perro de 13 kilogramos, elevó la presión y retardó el pulso de 132 á 114. Por segunda vez se le inyectó medio gramo, y también subió la presión y el pulso continuó á 90. El cuarto y quinto experimento se practicaron en un perro de 12 kilogramos; la presión se levantó primero y descendió después hasta 9 milímetros, y el pulso no sufrió alteración. Constantemente, la inyección de cocimiento de cápsulas supra-renales, aumenta la presión arterial en 10, 12, 20, 25 y más centímetros de mercurio. La hipofisina la he usado y también levanta la presión arterial. Se inyectaron á otro perro 0'30 gramos de cocimiento de glándula pituitaria, y subió la presión 30 milímetros; los latidos aumentaron desde 76 á 120.

(1) Publicada en las actas de la Société scientifique du Chili, 1897.

Experimentalmente se ha demostrado, y yo lo he comprobado, que el cocimiento de cuerpo tiroides baja la presión arterial, que la tiroidina y la tiroioidina la elevan, y que el cocimiento de cápsulas supra-renales la eleva y enrarece los latidos cardíacos. Pudiera, este último, asimilarse, en cierta parte, á la muscarina, teniendo de común la excitación de los nervios moderadores del corazón.

En otros conceptos se parece algo á la atropina porque levanta la presión arterial; pero esto que tiene lugar en el laboratorio ¿ocurre también en la función fisiológica normal? Desde luego debo advertir que el extracto de cápsulas supra-renales sólo obra en inyección intravenosa. Cierto que en los batracios la inyección de este extracto produce sus efectos, pero es porque en la rana hay debajo de la piel del dorso un saco linfático y la inyección en esa parte puede considerarse intravenosa.

Normalmente, en la sangre es donde estas substancias realizan su acción, y debemos ser cautos al juzgarla, pues lo que ocurre en el terreno experimental no sabemos si ocurrirá en el fisiológico, aunque algún fisiólogo de nota cree, no sólo que las secreciones internas ejercen acción sobre el corazón, sino que han ido más allá. Según Cyon, el cuerpo tiroides ofrece acción provechosa sobre los nervios pneumogástricos, porque amortiza el iodo que circula por la sangre en forma de ioduros alcalinos y quita de este modo un factor deprimente de la circulación. Pero esta acción no es la principal, porque, además, la tiroidina, circulando en forma orgánica, ejerce su acción de modo contrario; retarda la circulación y eleva la presión arterial: las dos acciones por excitación de los vagos. Todavía, afinando en la teoría, se saca una tercera influencia del tiroides sobre el corazón, que recibe su inervación del pneumogástrico y del recurrente. Ahora bien, el jugo tiroideo excita las ramas de este nervio, la excitación llega al bulbo y por acción refleja congestiona las glándulas tiroideas, las hincha de sangre y las presta papel de válvulas de seguridad del corazón; y he aquí cómo tenían razón los antiguos, que no veían en el tiroides más que un diverticulum de aquél.

La acción de las cápsulas supra-renales es más compleja, de modo que la acción del extracto es directa sobre la presión arterial. He probado la rapidez de los efectos, pues aún no ha acabado de entrar por la vena la inyección, cuando comienza á elevarse la columna de mercurio del hemodinamómetro.

Cuando se cortan los pneumogástricos se aceleran los latidos, pero la presión arterial sigue como antes, lo cual demuestra que son independientes los dos fenómenos. De todo lo cual, puede sacarse de modo evidente, que existe acción positiva de las secreciones internas sobre los nervios del corazón.

La teoría de Cyon no está comprobada hasta ahora en todas sus partes aunque en mi laboratorio he visto muchas de sus aserciones.

También he notado que, después de extirpar el tiroides, la aceleración del pulso es la regla. A veces se observan verdaderos ataques de taquicardias. ¿Se puede vivir después de la sección de un peneumogástrico? Es evidente. Los animales más sensibles á esta extirpación son los conejos, y yo los he tenido vivos mucho tiempo después de la sección de un pneumogástrico. ¿Se puede vivir después de la sección de los dos pneumogástricos?

Se trata de un nervio que inerva las vísceras del cuello, pecho y vientre, pero hasta ahora, las vísceras que matan, en los casos de sección de ambas ramas, son las respiratorias.

Las lesiones respiratorias más evidentes por sección del pneumogástrico, son paralíticas y ocurren en los laríngeos; las otras son tróficas de los pulmones.

Cuando se seccionan los laríngeos superiores, los fenómenos son muy sencillos, claros y fáciles de explicar; la voz se enronquece por parálisis del crico-tiroideo. Cuando se seccionan los dos recurrentes, son distintos los fenómenos, según que el perro en que se experimenta sea joven ó viejo; si es joven padece de accesos de sofocación que llegan á veces á una disnea espantosa; pero es cosa notable que no se presenten más que cuando el animal se agita ó come. En los perros viejos se presentan iguales síntomas, pero con menor frecuencia é intensidad, porque los cartílagos aritenoides están osificados. ¿Por qué estos accesos de sofocación? Se ha dicho que paralíticas las cuerdas vocales, por parálisis de los músculos intrínsecos de la laringe, se dejan abatir por el aire y se cierran á su paso; pero esto no debe ser toda la verdad, porque si lo fuera la disnea sería continua.

¿Qué ocurre en la laringe cuando el animal se agita? A mi juicio concurre también á la disnea la falta de la acción centrípeta del pneumogástrico.

El operado por el Dr. Ribera presentó ronquera, accesos de sofocación y aceleración del pulso por sección de uno de los pneumogástricos. Cuando se seccionan los dos, los efectos son mucho más graves.

El disertante presenta unas gráficas respiratorias obtenidas previa traqueotomía, en un perro antes y después de la sección de los pneumogástricos.

Los centros respiratorios se mueven merced á las influencias que reciben directamente por la sangre é indirectamente por los nervios centrípetos. Los cambios que en cada inspiración se verifican excitan al pneumogástrico; cambios de presión intrapulmonar (cambios de presión intratorácica, cambio de composición del aire de los alveolos); y por ese automatismo respiramos aun sin querer respirar.

Después de la sección de los dos pneumogástricos, los nervios sensitivos sólos, contribuyen el automatismo respiratorio y por eso el ritmo se altera, se hace menos frecuente y más amplio, como si sólo la sangre, por su pobreza en oxígeno y riqueza en anhidro-carbónico, moviera los músculos respiratorios. Si el animal se agita, la venosidad de la sangre aumenta, por el CO^2 que excitan los músculos, y como la regulación respiratoria falta, el acceso de disnea sobreviene. A esta causa central puede añadirse la parálisis de los músculos laríngeos.

¿Se puede vivir después de seccionados los dos pneumogástricos? Yo creo que si á un hombre sano se le seccionan, se muere, pero si á un hombre enfermo de estos nervios, se le cortan, puede vivir como en el caso del doctor Ribera, porque han podido ser sustituídos en su función por otros nervios. ¿Cómo se muere en los casos de doble vagotomía? Yo lo he dicho antes; por lesiones del árbol respiratorio que queda indefenso.

El *Dr. Espina*, después de felicitar al Dr. Gómez Ocaña por su interesante Comunicación y de encomiar la transcendencia del criterio experimental

en estos asuntos, se ocupó de la comparación que pudiera establecerse entre este problema y el de la hipotermia, recordando la frase de Morat de que en esta última todo estaba por hacer, por las dificultades que se oponen á la Patología experimental.

Recordó el esquema de Beaunis en su primera edición del *Tratado de Fisiología*, cuyo esquema pareció entonces la última palabra, pero nuevos descubrimientos en la anatomía, entre los que citó los de Cajal y los hechos experimentales de la fisiología moderna, han vuelto á poner sobre el tapete el discutido asunto de la inervación cardíaca, como lo prueba el trabajo de Jacques, de Nancy, en el Congreso de Moscow, acerca de la inervación ganglionar del corazón en los mamíferos, y la Comunicación del Dr. Gómez Ocaña.

También trató de la opoterapia, como derivada del estudio de las secreciones internas, para juzgar de los hechos que el Dr. Gómez Ocaña expuso, referentes á la acción de estas secreciones sobre la inervación cardíaca.

Hizo asimismo un estudio comparativo entre los dos pneumogástricos, para deducir con los modernos fisiólogos que no hay preponderancia en ninguno de los dos, supliéndose ambos en sus funciones, tanto en el estado patológico como en los hechos experimentales. Defendió la ley de Dastre y Morat de que «el efecto de la excitación de un nervio es una resultante de acciones muy diversas», como lo demuestran las diferentes resultantes que se obtienen según el género, grado y forma de excitación del pneumogástrico. Exigió como condición de estos experimentos el que se hicieran por sección de ambos pneumogástricos, para evitar los fenómenos de suplencia; que las excitaciones recaigan sobre el pneumogástrico recientemente cortado, pues se sabe que es mayor la supervivencia de unas fibras que de otras, degenerando las fibras moderadoras más pronto que las aceleradoras, y que las excitaciones eléctricas sean algo intensas porque, según Schiff, las excitaciones eléctricas, muy débiles, ponen en juego la actividad de las fibras aceleradoras sin provocar la de las moderadoras, ó sea la actividad propia, si no exclusiva, del pneumogástrico.

Pasó después á ocuparse de la teoría miogenética autónoma para deducir que el sistema nervioso en el corazón representaba más bien el papel de freno y espuela que el propio y exclusivo que juega en la contracción de los demás músculos, defendiendo la idea de Claudio-Bernard de que en el juego de excitación y moderación neuro-cardíaca hay algo de interferencia semejante al fenómeno que se observa con este nombre en la luz, terminando esta primera parte de su comunicación, por el análisis de cómo terminaban los nervios en el corazón y tratando del centro auto-regulador de esta circulación.

Hecho el estudio de fisiología normal se ocupó de la fisiología patológica, del síncope cardíaco en la cloroformización y en la intervención quirúrgica abdominal, afirmando que la inflamación constituye una circunstancia muy favorable al despertar de los reflejos, de tal manera que el hecho de la inflamación transforma la sensibilidad de los nervios simpáticos de obtusa é inconsciente en viva y consciente.

Al hablar del cloroformo dijo: «El peligro del cloroformo está, en el primer momento, por excitación del vago, pero salvado este escollo, puede pro-

longarse la cloroformización todo el tiempo que sea preciso. La fisiología experimental, demostrando que hay venenos capaces de evitar esta primera excitación del pneumogástrico previniendo el accidente clorofórmico, nos enseña la necesidad de una inyección previa de atropina ó, mejor, de atropina y morfina asociadas».

Entre las aplicaciones médicas se ocupó de dos grupos de enfermedades en los siguientes términos: «Hay dos tipos de enfermedades llamadas neurosis cardíacas que son las taquicardias y las bradicardias. Estas son normales, compatibles con el mejor estado de salud, compatibles hasta con el genio: un genio era Napoleón I y tenía un cerebro regado por cuarenta irrigaciones, era bradicardíaco desde su infancia. Hay bradicardias fisiológicas dependientes del predominio de alguno de los órganos de secreción internas; hay bradicardias fisiológicas puerperales que persisten, por espacio de tres ó cuatro días, después del parto y que se explican por irregularidades de la circulación uterina en relación á la de antes del parto; las hay pasajeras y permanentes; las hay sintomáticas, como la de la enfermedad de Stokes-Adams, como la de la difteria, que bien pudiera explicar las causas de muerte rápida de los diftéricos. Todo esto viene á explicarnos cómo excitando el pneumogástrico en sus más hondas raíces bulbares, determina una serie de actos bradicárdicos con disminución de los latidos cardíacos que semejan á los experimentales».

Al referirse á las anostomosis nerviosas, y recordando que todavía queda mucho que estudiar en las vasculares, cree el Dr. Espina que en las extirpaciones del pneumogástrico de orden patológico no se extirpaba todo él, y considerando á éste como un nervio de nervios, las partes que quedaban suplían á las extirpadas.

Citó también las bradicardias tóxicas que probablemente dependen de la excitación del pneumogástrico por acción refleja ó por acción bulbar directa, primitiva; ejemplo: la de la fiebre tifoidea.

Otro de los asuntos que él estudió fué el de los medicamentos cardiomotores.

El bello ideal del que trata á un enfermo cardíaco, es retrotraer el corazón á su estado fisiológico, y este estado es, dijo, valiéndose de una frase frecuente entre los buenos jinetes, el de templar la espuela y el freno; es decir, que *ritme* bien; es decir, que se faciliten los sístoles y los diástoles.

Terminó su comunicación ocupándose de las modernas teorías electrógenas del corazón, esperando conocer la opinión del Dr. Gómez Ocaña acerca de las mismas, pero pensando el Dr. Espina que el papel de los ganglios y nervios cardíacos podía compararse en el funcionamiento del corazón al papel de los interruptores en las bobinas.

El *Dr. Calvo y Martín* felicita al Dr. Gómez Ocaña por sus trabajos, pero no puede pasar sin advertir que la Anatomía es la transcripción de la máquina humana, y la Fisiología es hija legítima de la Anatomía, y, sin embargo, es autónoma cuando la parece bien y deja en muy mal lugar á los anatómicos y á los médicos. Dice que como sabemos cuáles son los nervios del corazón, ya queremos saber qué acción tienen. Por haber pasado las horas de reglamento, quedó en el uso de la palabra.—EDUARDO TOLEDO.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Acta de las sesiones científicas celebradas el 14 *y* 28 *de Noviembre de* 1900.

Desagüe peritoneal. — El Dr. *García Arias* habla de tres casos de papilomas del ovario en los que empleó, después de hecha la laparotomía, el desagüe peritoneal con un carrete de cristal de los que se usan para hervir sedas. El primer caso, es el de una joven en un estado de demacración y septicemia tal, que ante el temor de un fin funesto, su esposo la sacó del Instituto de la Moncloa, saliendo de allí con pocas esperanzas de salvación. Se trataba de un caso en el que no pudiendo el Dr. Gutiérrez extirpar todo el papiloma, lo marsupializó á la herida abdominal. En casos sucesivos se cerró bastante la herida abdominal, por la cual tuvo el Dr. García que dilatar el punto marsupializado con láminaria y después extraer gran cantidad de papilomas. La enferma curó, y en la actualidad goza de perfecta salud.

El segundo caso se refiere á una mujer con cáncer primitivo de ambos ovarios y cáncer del gran epiploón. Hizo la laparotomía y después desagüe de la cavidad abdominal con un tubo de cristal colocado en la parte inferior de la herida. Esta enferma murió á los diez días.

El caso tercero es el de una señora con papilomas del ovario, á la que, para evitar sucesivas paracentesis, la colocó también un tubo de cristal.

De estos casos saca las deducciones de que el papiloma en las mujeres jóvenes es curable, y que el tubo de cristal evita las paracentesis y alivia á las enfermas.

Complicaciones de la histerectomía vaginal. — El *Dr. Gutiérrez* expone dos casos que se refieren á complicaciones de la histerectomía vaginal que hay que tener muy en cuenta, y que, á su juicio, son de mucha enseñanza. Entre las complicaciones que dice haber observado de la histerectomía vaginal, están la oclusión intestinal por adherencias, de las que ha tenido cuatro casos, y la hemorragia inmediata ó tardía, la que hasta ahora no había observado, es la complicación siguiente:

Primer caso: La enferma, Dolores Cuenca, de cuarenta y ocho años, natural de Jaén, ingresó en el Instituto de la Moncloa en octubre próximo pasado con un fibroma intersticial de la cara anterior del útero, extraordinariamente demacrada por las muchas hemorragias que le producía. Decidió operarla por histerectomía vaginal, empleó el procedimiento rápido de hemisección y hemostasia con pinzas Doyen, tuvo la precaución de rechazar las asas intestinales que se presentan en la herida vaginal después de extraída la matriz; á pesar de eso, las pinzas, con la sola presión del extremo, erosionaron la superficie serosa del intestino, que en contacto con las partes necrosadas de los ligamentos, se infectó, determinándose una escara que, al desprenderse, produjo la perforación intestinal al cabo de seis días y una fístula entero-vaginal. Aunque la enferma estaba bien de la histerectomía, él no podía darla por curada y decidió hacer la laparotomía para suturar el intestino perforado. A las tres semanas de la histerectomía (el día 7 de noviembre), la hizo la laparotomía y encontró un asa del íleon con una erosión y otra adherida completamente á la vagina y perforada. Las despegó y rese-

có un trozo de intestino y mesenterio, y abocando ambas partes resecadas, hizo primero sutura muco-mucosa y luego sero-serosa de Lember. A las dos semanas la dió de alta, curada. Este caso nos enseña que parece preferible la ligadura en la histerectomía á la forcipresión.

Segundo caso: Es de hemorragia tardía, en una histerectomía, por fibroma submucoso del fondo del útero, por el procedimiento Doyen, de hemisección y extirpación completa del órgano, empleando ligaduras en vez de pinzas. Hecha la hemisección, puso el angiotribo de Doyen en el lado izquierdo, repitió la operación en el derecho, aplastando bien el ligamento, después ligó en dos porciones cada ligamento y, por último, sutura de vagina y peritoneo, excepto en los extremos, por donde sacó los hilos. A los siete días, la enferma hizo unos esfuerzos grandes para mover el vientre, y debido á ellos se presentó abundante hemorragia; colocó la enferma en posición, cogió con pinzas la uterina derecha, que era la que sangraba, y viendo que se desgarraba el tejido embrionario de reposición, cauterizó con el termo, cesando toda hemorragia. ¿Qué explicación da á esta hemorragia tardía? La laminación del ligamento, por que no tiene tejido resistente por delante de la ligadura. En una de sus primeras histerectomías, tuvo una gran hemorragia. Su ayudante entonces, Dr. Deogracias Martínez, la cohibió con esponjas esterilizadas. Otro caso de histerectomía por cáncer, que hizo en Villa-Gloria, se cohibió cauterizando con termo-cauterio.

El Dr. García de Arias: En las histerectomías vaginales, en las que se hace la sutura en escalonamiento, siempre estamos expuestos á hemorragia. Como no tienen tejido resistente, los ligamentos quedan al aire, ocasionando la hemorragia.

El Dr. Gutiérrez: En la ovariotomía quedan al aire los pedículos, y no hay hemorragia. Yo creo que esa no es la causa; en este caso, al tirar de la ligadura, salió todo el muñón. En este caso, la sección se hizo en la parte laminada.

El *Dr. Cospedal* considera de mucho interés lo expuesto por el Dr. Gutiérrez, y sin añadir nada á lo expuesto por dicho señor, en lo que se refiere á los trastornos intestinales, dice que no se explica bien cómo se perforó el intestino con el solo contacto de la fisura, contestando el Dr. Gutiérrez que por propagación de la gangrena de los ligamentos y eliminación de la escara, contestación que satisface al Dr. Cospedal.

Dice este señor que ha tenido un caso de hemorragia en histerectomía, al quitar las pinzas, cohibiéndola, dejando puesta una pinza. Dice que el angiotribo lamina tanto, que es partidario de hacer sólo angiotripsia sin ligadura después, y que él no lleva la angiotripsia al extremo de dejar el ligamento como un papel de fumar: así lo hace Doyen.

El *Dr. García*, además de los tres casos expuestos, observados y seguidos concienzudamente por él, da cuenta de dos más muy interesantes que registra la ciencia.

El *Dr. H. Thornton* extirpó dos ovarios papilomatosos en una enferma, cuyo peritoneo parietal y visceral estaban sembrados de papilomas, que era imposible extirparlos. Sin embargo, nueve años después, esta enferma gozaba de perfecta salud y libre de recidiva.

El *Dr. Lomer* publica un caso (*Centralblatt f. Gyn.*, núm. 52, 1889), refe-

rente á dos tumores papilomatosos, se quitó una masa del volumen de dos puños, dejando excrecencias verrugosas esparcidas sobre los intestinos y el peritoneo parietal, y cuatro años y medio después de la operación, no se podía descubrir traza alguna de haber vuelto la enfermedad.

Con estos cinco casos á la vista, se cree autorizado á sacar las siguientes conclusiones:

1.ª Que en todo tumor intra-abdominal, quístico ó no, que haya que ponerlo en comunicación con el exterior por ser imposible su extirpación, es preferible la cura seca á los lavados antisépticos abundantes.

Fundamenta esta conclusión: 1.° En lo observado en el curso post-operatorio de los casos 1 y 3; el desagüe abdominal, acompañado de profusos lavados diarios, en la primera enferma provocó fiebres de absorción altísimas (el termómetro marcó cuando menos 39° y cuando más 41°), durante los treinta y cinco primeros días, poniendo en grave riesgo la vida de la paciente.

En la enferma del papilo-adenoma sólido del ovario, se le practicó el desagüe abdominal el 31 de agosto del año actual, no se le ha hecho ningún lavado, la eliminación de líquidos sépticos y detritus del tumor es abundante, y, sin embargo, la temperatura oscila entre 37° y 38°, siendo lo corriente que la enferma esté apirética.

2.° Tres enfermas (dos de quiste aveolar del ovario y una de quistes hidatídicos del hígado grandes, y de quince años de existencia), asistidas por mí, y en las que se había practicado el desagüe abdominal del tumor, á pesar de los lavados antisépticos abundantes, del esmero en las curas y de los mil y mil cuidados de que fueron objeto por su parte, sucumbieron las tres antes de los sesenta días siguientes á la operación.

La misma suerte han corrido casi todas las operadas de una manera análoga ó idéntica. (Véase la conclusión de Thornton en la Sociedad Médica de Londres, reunión del 1.° de diciembre de 1879).

2.ª Que cuando por cualquier enfermedad del peritoneo éste exuda abundante cantidad de líquido, impunemente puede dejarse en comunicación la cavidad abdominal con el aire ambiente, colocando una cánula permanente de plata ó cristal en la línea media de la región hipogástrica, cubierto ó no su orificio de salida con un tapón de cauchu ó gasa esterilizada, sujetándola con gasa, algodón y vendaje apropiado, de idéntica manera que se hace en toda laparotomía infraumbilical.

El corolario obligado de esta conclusión es: que en toda enfermedad en que exista ascitis y precise la repetición de la paracentesis muchas veces, por volverse á llenar de líquido la cavidad abdominal, debe colocarse una cánula permanente.

Por último, el *Dr. García* indica como cuidado importante é imprescindible el que á los enfermos tratados por el desagüe abdominal de un tumor, por paracentesis repetidas ó por la colocación de una cánula permanente, se les debe someter á una alimentación sobreabundante nitrogenada, con el fin de reponer las enormes pérdidas que sufren cuando menos, y en algunos casos, reponer y conseguir un exceso de los principios inmediatos azoados absorbidos sobre los que se eliminan.

El Dr. Gutiérrez: Muchos papilomas son benignos, no malignos; otros

son verdaderos carcinomas; como se operan en su principio no tienden á recidivar. Cuando se encuentran los papilomas sin difundirse en el suelo peritoneal, se curan. En la enferma citada por el Dr. García ocurría eso, y por eso marsupialicé.

Conclusiones : 1.ª Papilomas quísticos inextirpables, que obliguen á marsupializar, deben curarse. 2.ª Papilomas sembrados en el suelo pelviano no se curan.

El Secretario de actas,

RUPERTO SÁNCHEZ.

PERIÓDICOS

Laringo-estenosis por membrana subglótica. Intubación con traqueotomía previa. Curación. — El Dr. D. Alfredo Rodríguez Vargas, en *La Clínica Oto-rino-laringológica*, publica el caso clínico relativo á la enferma Daniela Gutiérrez, de treinta y tres años, casada, natural de Villaoz, con residencia habitual en Palazuelos, provincia de Burgos.

Interrogada acerca de su padecimiento, refiere que hace seis años recibió un susto, y desde entonces empezó á notar ronquera, que gradualmente fué aumentando, observando al mismo tiempo, dificultad respiratoria con accesos disnéicos. En este estado vino á Madrid, ingresando en el Hospital General el 30 de mayo de 1900.

Se pudo apreciar una laringe pequeña, normal, con ligera parálisis de los constrictores, llamando la atención la existencia de una membrana subglótica que se extendía de un lado á otro, reduciendo la luz de la laringe á un pequeño triángulo, cuya base correspondía al repliegue inter-aritenoideo y el vértice al ángulo anterior.

La enferma, que durante todo el tiempo de su padecimiento no ha tenido tos, ni expectoración, ni dolor, venía notando cada día más dificultad respiratoria, acentuándose esta disnea por las noches, que se acompañaba de ligeras crisis asfíticas. Estos accesos de sofocación se hicieron tan frecuentes é intensos, que se impuso la necesidad de una operación de urgencia para conjurar los fenómenos asfíticos y asegurar la vida de la enferma; á tal objeto, el 22 de junio practicó la traqueotomía el Dr. Cisneros.

Las vacaciones de verano interrumpieron las tareas hospitalarias en la Clínica de Oto-rino-laringología, y por esta causa quedó la enferma sin someterse á nuevo plan que modificase su estado hasta el mes de octubre en que empezó el Dr. Rodríguez Vargas á practicar la dilatación de la estenosis laríngea con la intubación por el procedimiento de O. Dwyer.

Para conseguir la dilatación de la estenosis laríngea, comenzó practicando intubaciones breves después de seccionar la membrana subglótica con el escarificador de Tobol, y en esta primera sesión intentó realizar el manual operatorio, sirviéndole de guía para la introducción del tubo el dedo índice de la mano izquierda, teniendo en cuenta se trataba de una mujer; pero la intubación por este medio no fué posible, por encontrarse el dedo con una

epiglotis excesivamente caída y recubriendo en parte la laringe, lo cual impedía elevarla con la premura que requiere este tiempo operatorio.

En vista de las dificultades operatorias para realizar la intubación con el dedo, acudió al laringoscopio, y previa la cocainización de la región, intentó introducir en la laringe el tipo corto de Bayeux, señalado con el núm. 3 en la escala para niños, que contiene la caja construída por Collín, y no le fué posible verificar el descenso endolaríngeo por haber elegido un tubo mayor que el correspondiente al grado de estenosis, lo cual ocurre con frecuencia, por ser la elección del tubo un hecho aleatorio en las estenosis cicatriciales, y por lo tanto, difícil al primer intento tomar el tubo correspondiente al grado de estenosis que nos ha puesto de manifiesto el examen laríngeo.

No habiendo podido intubar con el tubo núm. 3, colocó en el introductor el núm. 1; y después de realizar los preparativos expuestos, le introdujo en la laringe al primer intento, respirando la enferma por el tubo y la cánula traqueal al mismo tiempo, por no llegar su extremidad inferior á la abertura de la cánula. Verificada la intubación con el tubo núm. 1, que estuvo colocado por espacio de cuatro horas, siguió realizando en los días sucesivos la dilatación en la forma siguiente:

Día 4.—Dilatación con el tubo núm. 2 por espacio de cinco horas.

Día 6.—Dilatación con el tubo núm. 3 por espacio de ocho horas. La enferma intenta comer, realizando la ingestión de los sólidos sin molestia alguna; pero la deglución de los líquidos es difícil, dolorosa y provoca quintas de tos, sin que por esto se verifique la desintubación espontánea.

Días 9 *y* 11.—Dilatación con el tubo núm. 4 durante ocho horas.

Día 13.—Dilatación con el tubo núm. 5 por espacio de seis horas. El extremo inferior del tubo penetra en la abertura de la cánula traqueal.

Día 16.—Dilatación con el tubo núm. 5 durante diez horas. El examen laringoscópico puso de manifiesto que la membrana se había reducido notablemente, la voz más clara y la respiración se verificó sin ruído ni tiraje.

Días 18, 20 *y* 23. — Dilatación con el tubo núm. 6 por espacio de diez horas.

Día 25.—La herida traqueal está casi cerrada introduciendo con dificultad un estilete.

Día 27.—Dilatación con el tubo núm. 6 durante diez horas. No hubo posibilidad de emplear el primer número de la escala de adultos, dada la pequeñez de la laringe.

Día 30.—Dilatación con el tubo núm. 6 por espacio de diez horas. En este momento el calibre de la laringe y los detalles anatómicos de la región glótica y subglótica estaban normales, con restitución funcional *ad integrum* del órgano.

En estas condiciones se dió el alta á la enferma, recomendándola fuera de vez en cuando para examinarla y verificar alguna intubación que evitase las recidivas.

El Dr. Vargas manifiesta al principio de esta historia, que el mejor procedimiento para conseguir con más rapidez la dilatación de las estenosis cicatriciales, era la intubación por el método de O. Dwyer, y como comprobación á su aserto hace una breve reseña de los conocidos en la actualidad, señalando sus inconvenientes.

Para defender que el procedimiento de O. Dwyer es el mejor para tratar las estenosis cicatriciales, analiza los diversos métodos de dilatación laríngea, en primer lugar, las cánulas aventanadas, las cánulas en T y las cánulas con aletas. Las primeras presentan el inconveniente de tener que llevarla puesta el enfermo por espacio de mucho tiempo para obtener un resultado muy dudoso; las segundas, con los inconvenientes de las anteriores suelen ser mal soportadas; y las cánulas de aletas no hacen una dilatación uniforme sobre la totalidad del órgano. Entre los dilatadores de una ó muchas ramas existen el de Navratil ó el de Morell-Mackenzie de tres ramas, ó el de Moure ó el de Baez de cuatro; pero estos aparatos lo mismo que las cánulas de aletas, ejercen su acción sólo en ciertos límites, y suelen producir heridas y ulceraciones que á su vez originan estenosis ulteriores más graves que las primitivas.

Gerhardt, Thos, Whiller y otros, inventaron dilatadores de tornillo con el objeto de abreviar la duración del tratamiento, pero en estos instrumentos se expone el operador á producir hemorragias, heridas, inflamaciones de la mucosa y hasta pericondritis, por ser muy difícil graduar la presión del aparato aun realizando su manual operatorio con escrupuloso cuidado.

Las sondas metálicas de Garel, los tubos largos metálicos ó de cauchut de Schröetter, los tallos de laminaria y el procedimiento del hilo, sólo tienen aplicación cuando el operador se propone hacer una dilatación momentánea ó de poco tiempo.

La dilatación con las olivas metálicas de Trendelenburg no se emplea en la actualidad, no así la dilatación con las olivas ó pernios de estaño de Schröetter que ha sido y es de un empleo corriente á pesar de adolecer de varios inconvenientes que no tiene la intubación de O. Dwyer. En efecto, el instrumental de Schröetter es más complicado que el de O. Dwyer, no deja pasar el aire por la laringe una vez colocado el pernio y el extremo inferior de dicho pernio ó pinza fijadora, é impide ó dificulta el paso del aire por la cánula traqueal. Otro de los inconvenientes del método de Schröetter consiste en no poderle utilizar sin traqueotomía previa, lo cual imposibilita verificar la dilatación después de haber hecho la ablación de la cánula traqueal; y por último, los pernios de estaño son peor tolerados por la laringe que los tubos de O. Dwyer.

Un caso de aerofagia. — El Dr. D. Manuel Mocoroa y Ocón publica en la *Gaceta Médica del Norte*, de Bilbao, un caso clínico referente á una joven de veintiocho años de edad, soltera, de temperamento nervioso linfático, casi anémica. El día 27 de marzo de 1900, fué llamado con urgencia para visitar á dicha joven, que se encontraba, según me aseguraban, muy mal. Interrogada la paciente acerca de lo que le había sucedido, le refirió que creía que se iba ahogar, pues le subía y bajaba una cosa desde el estómago hasta la nuez, que no la dejaba respirar y creía que se moría, pero que ya se encontraba bien.

Se trataba de un ataque de histerismo con la sensación del bolo histérico; ataque que tanto alarmó á su familia y que ninguna gravedad tenía.

Al mes próximamente de éste, el día 25 de abril, volvió á ser llamado para la misma joven á la misma hora, y con más premura aún que la anterior,

diciéndole que el ataque era más fuerte que el último y que se encontraba muy mal. Dispuso que tomase después de las comidas una taza de infusión de flor de tilo, adicionado con unas gotas de éter, el mismo régimen dietético y los preparados de hierro. El día 3 de mayo se le presentó la joven de referencia quejándose de que desde el último ataque de histerismo la habían quedado unos eructos frecuentes que la molestaban bastante, y que la administrara alguna cosa para quitárselos. Supuso el Dr. Mocoroa que estos eructos eran consecutivos á la dispepsia flatulenta, y teniendo las preparaciones marciales la propiedad de ser algo indigestas, la ordenó suprimiera dichos preparados y que tomase unas papeletas á base de pepsina y nuez vómica, opinando que la atonía de la capa muscular gástrica entraba en gran parte como causa de ese gran desarrollo de fermentaciones, que daba origen á la excesiva formación de gases. A los ocho días de esto, es decir, el día 11 del mismo mes, volvió á ser llamado, diciéndole que la joven se encontraba muy mal, pero que no era lo mismo que otras veces lo que tenía. He aquí el cuadro clínico que se encontró. Postrada en cama, con la cara pálida, los ojos hundidos en sus órbitas, con un pulso pequeño, algo frecuente (100 por minuto) y un incesante eructar que, según la relación de la enferma, hacía tres días que no la dejaban dichos eructos ni de día ni de noche, ni antes ni después de tomar pequeñísimas cantidades de alimento (pues éstos, apenas introducidos en el esófago, eran devueltos por el eructo antes de llegar á la cavidad gástrica), en una palabra, que todo el día estaba eructando y que hacía tres días que le imposibilitaban el sueño, y que no podía vivir así mucho tiempo. Tal era el cuadro morboso que se presentaba, al que se puede añadir que, queriendo precisar el número de eructos en un tiempo dado, pudo contar el Dr. Ocón 44 eructos por minuto.

¿Qué es lo que padece la enferma? ¿Es una dispepsia flatulenta? Razonaba que esto no podía ser; el eructo era continuo, incesante, lo mismo antes de tomar alimento, como después.

Bouveret á este propósito dice que halló la descripción típica (como copia de este caso) de la enfermedad buscada, á la que coloca entre las neurosis de la motilidad del estómago, y la define diciendo es una neurosis que, produciendo la contracción espasmódica del esófago, obliga á tragar aire á la paciente, el que es expelido (el aire) casi inmediatamente por otra contracción antiperistáltica, produciendo en su expulsión el ruído que caracteriza el eructo. A esta neurosis le da el nombre de aereofagia (tragar aire).

Admitiendo por los antecedentes de la enferma que la causa de los accidentes era el histerismo, la prescribió el bromuro potásico á altas dosis, á beneficio de cuyo tratamiento se halla hoy casi curada. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del dia 12 *de Febrero de* 1901.

Vómito negro apendicular. Gastritis ulcerosa hemorrágica apendicular. —El Dr. G. Dieulafoy: Entre los innumerables contratiempos de la apendicitis, hay uno del que voy á ocuparme: el vómito de sangre. Las hematemesis tributarias de la apendicitis son frecuentes. Las observaciones que voy á citar lo prueban.

El sábado 13 de enero de 1900, estaba reunido en consulta con los doctores Bergeron y Widal en casa de un enfermo de sesenta y ocho años, que padecía apendicitis desde hacía poco más de tres días. Era una apendicitis poco febril, de mediana intensidad. Pero el enfermo presentaba tinte ictérico, indicio del carácter tóxico de la apendicitis. La célula hepática estaba adulterada, prueba de ello la existencia de la urobilina. Había motivos para desconfiar. Se decidió la operación, que practicó aquella misma tarde el Dr. Delbet.

El operador encontró un apéndice voluminoso, turgescente, en erección, con adherencias, sin rastro de pus en el peritoneo; en una palabra, apendicitis aguda sin peritonitis. Al otro día, todos los síntomas apendiculares habían desaparecido. El día se pasó bien, pero á la noche siguiente, el enfermo tuvo un *vómito de sangre negra*. En la madrugada del martes, sobrevino una nueva hematemesis, terrible esta vez; el enfermo vomitó una cantidad grandísima de sangre negra, y murió á consecuencia de esta hematemesis casi fulminante.

He observado otros cinco casos en los que sucedió casi lo mismo. Apendicitis agudas ó subagudas sin operar, ó bien operadas tarde, síntomas de toxi-infección, urobilinuria casi siempre, albuminuria en varios casos, vómitos de sangre negra más ó menos abundantes, más ó menos repetidos, y en la mayor parte de los casos, muerte, bien á causa de la pérdida de sangre ó por los progresos de la terrible toxi-infección apendicular.

Estas seis observaciones prueban que la hematemesis asociada á la apendicitis, no es rara, porque he visto seis casos en nueve meses. Los doctores Guyot, Kirmisson y Charlot, han referido algunos más.

En los tres casos seguidos de autopsia, consignados en la Tesis de Charlot, había lesiones de la mucosa estomacal, clasificadas con los nombres de punteado hemorrágico, depresiones crateriformes, pequeñas masas negruzcas, y coágulos de sangre; pero esta descripción macroscópica es insuficiente para revelar el proceso interno de la hemorragia, y es de lamentar que no se haya precisado la naturaleza de las lesiones por el examen histológico.

Desde que fijé mi atención en esta complicación terrible de la apendici-

tis, me pregunté cuál podía ser la lesión estomacal capaz de producir semejantes hematemesis. Mis investigaciones sobre las exulceraciones estomacales pneumocócicas y la *exulceratio simplex*, me habían enseñado que las hematemesis debidas á estas exulceraciones agudas de origen toxi-infeccioso, proceden de la exulceración de las arteriolas que se distribuyen por la *muscularis mucosæ* y por debajo de ella. He podido convencerme recientemente de que el proceso es idéntico al caso de ulceración estomacal, consecutiva á la estrangulación herniaria. Véase el hecho.

Ingresó en mi Clínica un hombre con una hernia estrangulada, que fué operada sin perder tiempo. Al día siguiente por la madrugada, se observó tinte ictérico de las conjuntivas y de la cara. Por la noche tuvo dos *hematemesis negras* abundantes. Al tercer día por la mañana, el tinte ictérico era más pronunciado (ictericia urobilinúrica). Hice que analizara la orina mi jefe de Clínica, era *albuminosa* y contenía urobilina y pigmento obscuro. Mi pronóstico fué gravísimo. El lunes, nuevo vómito negro. El martes, la orina era escasa y muy albuminosa; por la tarde, nuevo vómito negro. El miércoles por la mañana, el enfermó eliminó á lo sumo 150 gramos de orina con pigmento obscuro, urobilina y albúmina; deliró y tuvo por la noche bastantes crisis epileptiformes. El jueves, las crisis epileptiformes se repitieron; la anuria fué completa; nueva hematemesis abundante; el enfermo expulsó medio litro de sangre negra y en coágulos. Murió el miércoles.

Resultados de la autopsia: curación de la hernia estrangulada; nada en el intestino ni en el peritoneo. El hígado y los riñones presentaban el aspecto macroscópico de las lesiones degeneradoras epitélicas subagudas. El estómago contenía sangre en abundancia. La mucosa estaba intacta, excepto en la región pilórica. En este punto se encontró una escara hemorrágica de las dimensiones de una lenteja pequeña. Esta escara era saliente, estaba adherida y rodeada de un surco de eliminación crateriforme, en el que la mucosa había desaparecido.

El examen histológico de esta ulceración, con su escara, dió los resultados siguientes:

Necrosis masiva, en bloque, de una parte bastante extensa de la mucosa, en forma de escara, que cortaba á pico la capa glandular é interesaba en el centro la *muscularis mucosæ*, después la parte superficial de la submucosa, y, por último, entre otros elementos anatómicos, siempre al azar de su marcha, la pared superior de una pequeña arteriola situada debajo de la *muscularis mucosæ*. En la proximidad y á distancia de este foco de necrosis, algunas hemorragias intersticiales, principalmente submucosas, y reacción viva inflamatoria secundaria, caracterizada sobre todo por una infiltración embrionaria en masas voluminosas subglandulares.

Los experimentos de Talma, relativos á la patogenia de la úlcera simple del estómago, demuestran la influencia de la estrangulación intestinal en la génesis de las erosiones y ulceraciones estomacales. Talma liga en el animal un asa del intestino (en otras palabras, forma una cavidad cerrada), y entre otras lesiones halladas á la autopsia, cita las erosiones y ulceraciones del estómago. Hay, por lo tanto, concordancia entre el hecho experimental y el clínico, cuya observación acabo de referir.

Conocemos la patogenia de las hematemesis tributarias de la apendicitis.

Bajo la influencia de la toxi-infección apendicular se producen ulceraciones hemorrágicas agudas del estómago, comparables á las ulceraciones hemorrágicas estomacales de la toxi-infección pneumocócica, de la *exulceratio simplex* y de la hernia estrangulada. En todos estos casos, el proceso ulceroso es sensiblemente el mismo: se trata de necrosis hemorrágica aguda de la mucosa estomacal; un territorio pequeño de la mucosa es herido de muerte; el proceso ulcero-necrósico interesa la *muscularis mucosæ*, destruye una arteriola y la hemorragia se produce. Entonces sobrevienen hematemesis abundantes, repetidas, fulminantes á veces. Para especificar bien esta terrible complicación, cuando se presenta en un enfermo de apendicitis, la doy el nombre de «vómito negro apendicular».

Por lo demás, estas hematemesis forman parte de la intoxicación apendicular. En muchas ocasiones he intentado demostrar que la apendicitis no es sólo un foco de infección; es también un foco de intoxicación. A las toxinas apendiculares es debida la alteración del hígado, con tinte ictérico, urobilinuria y á veces hasta síntomas de ictericia grave; á las toxinas apendiculares es debida la alteración de los riñones con albuminuria, oliguria, anuria y hasta síntomas de uremia; las lesiones estomacales, con sus hematemesis, completan el síndrome tóxico apendicular. Unas veces la hematemesis es distinta de las demás manifestaciones tóxicas, otras se asocia á ellas. En casi todos los enfermos que he citado, he visto el tinte ictérico de los tegumentos, la urobilinuria, la albuminuria, preceder á la aparición de las hematemesis.

Estas nuevas consideraciones agravan más el pronóstico de la apendicitis y son argumentos en favor de la operación precoz. Cuanto más tiempo se deje á un foco apendicular para que produzca su infección y su intoxicación, más se agrava la situación. Cuanto menos tiempo se le deje para infectar é intoxicar á su víctima, menos son de temer las complicaciones toxi-infecciosas. Apresuráos, pues, á extirpar el foco; es trivial á fuerza de ser evidente.

Hay una noción que he intentado demostrar, á saber, que la apendicitis no debe considerarse hoy como una enfermedad puramente local. Ver únicamente en la apendicitis un peligro peritoneal, es conocer sólo uno de sus aspectos. En la apendicitis hay que temer, no sólo la peritonitis, sino también la infección y la intoxicación de la economía, debidas al foco apendicular. El peligro no está sólo en la apendicitis y en el peritoneo, *sino en todo*. Se han referido, y yo he publicado muchos casos de apendicitis sin peritonitis ó con peritonitis esbozadas, y, sin embargo, los enfermos murieron infectados é intoxicados por su foco apendicular.

En ciertos trabajos, en ciertas discusiones recientes, creo que se ocupan de un modo demasiado exclusivo de la evolución local de la enfermedad; se espera para intervenir á que pase el período de agudeza; se cree que es mejor esperar al sexto ó séptimo día, fecha fijada por el operador, y mientras el observador está allí hipnotizado por la evolución local, los agentes infecciosos y tóxicos procedentes del foco apendicular penetran sin ruido en la economía, y el drama se prepara. Muchas veces, después de un ataque inicial, la apendicitis entra, al parecer, en reposo, pero sólo en apariencia; no tardan en presentarse complicaciones terribles; unas infecciosas: infec-

ción purulenta del hígado, infección pútrida de la pleura, gangrena del pulmón; otras tóxicas: urobilinuria, ictericia grave, oliguria, anuria, uremia, síntomas meningíticos, exulceraciones estomacales, hematemesis fulminantes. ¡He aquí los resultados de la expectación!

Macrodactilia.—El Dr. Boinet: La macrodactilia no pertenece exclusivamente á la teratología; depende también de la patología por su desarrollo incesante, exagerado, más rápido que el de los dedos correspondientes; por su crecimiento con los progresos de la edad, sobre todo en la adolescencia; por su combinación bastante frecuente. Rara vez es hereditaria. Es más frecuente en el hombre que en la mujer, á la derecha que á la izquierda, en el medio y el índice que en los demás dedos. Existe como deformidad aislada en la mitad de los casos. La radiografía demuestra la importancia de las lesiones óseas, sobre todo epifisarias, y su influencia en la desviación habitual de los dedos afectados. La disección ha demostrado hipertrofia de todos los tejidos del dedo.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARIS

Sesión del día 13 *de Febrero de* 1901.

Tratamiento de los tumores malignos por el suero anticelular de Wlaëff. — El Dr. Reynier: El Dr. Wlaëff, de San Petersburgo, nos ha presentado un enfermo con un cáncer de la lengua que había sido tratado con un suero obtenido inoculando aves con blastomicetos patógenos, células de levadura aisladas de los tumores cancerosos del hombre por Curtis, Plummer y San Felice. Este enfermo advirtió por primera vez su enfermedad en marzo de 1899; se dirigió en el mes de julio siguiente al Dr. Terrier, para que le operara, pero éste juzgó el caso inoperable. En los meses siguientes empeoró extraordinariamente, hasta el punto de que la lengua quedó adherida al suelo de la boca y se ulceró, y los ganglios cervicales y axilares del lado derecho tomaron proporciones enormes.

En esta época, á fines de julio de 1900, el Dr. Wlaëff vió al enfermo por primera vez, y sin esperanza alguna le hizo una inyección de dicho suero, la cual repitió varias veces con intervalos de algunos días. Después de las dos primeras inyecciones fué tan sensible la mejoría que sintió, que él mismo insistía para que se continuara el tratamiento. Los dolores habían desaparecido con rapidez, el olor de la boca disminuyó en su fetidez, y la lengua había disminuído de volumen, lo propio que los ganglios linfáticos. El enfermo deglutía con más facilidad, los líquidos no se escapaban por la nariz y la palabra se hizo menos ininteligible. Después de 10 inyecciones, el enfermo comenzó á sentirse muy bien, el enflaquecimiento se detuvo, y su peso se mantuvo estacionario entre 75 y 79 kilogramos. Cuando nos fué presentado hace un mes, podía hablar y silbar, actos que le era imposible ejecutar antes del tratamiento. De todos modos, los ganglios del cuello continúan bastante grandes, aunque hayan disminuído de volumen ligeramente, y la lengua queda todavía dura, abollada y adherente al suelo de la boca,

aunque en menos grado que antes. En resumen, bajo la influencia de las inyecciones de Wlaëff, el estado general del enfermo ha mejorado de un modo indiscutible.

Yo mismo os he presentado un enfermo con un tumor de la mama, que, bajo la influencia del mismo suero, mejoró extraordinariamente su estado general y aumentó ocho libras de peso; su tumor disminuyó, tomando el aspecto de un tumor benigno; le operé, y el examen histológico ha demostrado que se trataba de un epitelioma cilíndrico. El suero que preconiza el Dr. Wlaëff, tiene, pues, una acción evidente sobre las neoplasias, como lo he observado en otros casos; pero dicha acción no es radical ni duradera. Desde que cesan las inyecciones, la enfermedad vuelve á emprender su marcha y los enfermos acaban por sucumbir; por lo tanto, no puede hablarse de una curación, pero tampoco puede negarse cierto valor á dichas inyecciones. Sea de ello lo que fuere, y dejando á un lado todas las teorías, considero que el Dr. Wlaëff, al darnos á conocer su suero, nos ha prestado un gran servicio. Del mismo modo que los Dres. Berger y Lucas Championnière en la Academia, nosotros debemos concluir no solamente por animar al doctor Wlaëff, sino por felicitarle y agradecerle el habernos hecho conocer sus trabajos.

El Dr. Anger: He observado siempre que el ioduro de potasio y las inyecciones de mercurio hechas á los cancerosos, determinaban una recrudescencia de los accidentes, que desaparecía por sí misma cuando se suprimían estas medicaciones. Tal vez dió esta coincidencia en la época en que se dieron las inyecciones de suero anticelular en el primer enfermo.

El Dr. Picque: En un caso de cáncer del maxilar superior, operado y recidivado, se practicaron las inyecciones de este suero y se observó una extensión rápida de la recidiva, y el enfermo no tardó en sucumbir.

El Dr. Tuffier: Desearía saber si para juzgar del valor del suero del Dr. Wlaëff se ha empleado también el suero de animales no inmunizados. Por mi parte, puedo añadir que durante algún tiempo he empleado el suero de Richet y Hericourt, y que algunas veces he observado mejorías, como se pueden observar con toda clase de sueros, pero no han tenido ninguna influencia sobre la marcha de los tumores.

El Dr. Rochard: Participo en absoluto de la opinión del Dr. Tuffier, y no creo que pueda compararse el cáncer con la sífilis, puesto que las lesiones sifilíticas pueden desaparecer por completo con un tratamiento apropiado, mientras que nunca se observa un resultado análogo en el cáncer.

El Dr. Monod: En vista de las observaciones que acaban de exponerse, creo que sería muy útil ensayar este suero en nuestras enfermerías para juzgar de su verdadero valor.

El Dr. Lucas Championnière: No participo del entusiasmo del Dr. Reynier por el suero anticelular, puesto que éste, como muchos otros sueros, no han hecho más que mejorar sin determinar ninguna curación, y precisamente el Dr. Wlaëff persigue el ideal de evitar los actos operatorios administrando su suero.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesiones de los días 9 *y* 23 *de Enero de* 1901.

Aplicación de la fototerapia al tratamiento del lupus eritematoso. — El doctor Lerede: El tratamiento del lupus tuberculoso por los rayos químicos concentrados (fototerapia), está fundado en las propiedades microbicidas de la luz, debidas, como lo han demostrado Roux, Arloing y Duclaux, á los rayos violetas y ultravioletas (rayos químicos) del espectro. Finsen ha tratado por su método 600 enfermos, y no ha tenido más que fracasos en el 3 por 100. En el Establecimiento dermatológico de París, he obtenido los mismos resultados que el profesor Finsen. Como Petersen (de San Petersburgo), puedo declarar que estos resultados son maravillosos; sobre todo, he tenido ocasión de tratar enfermos de lupus eritematoso, enfermedad que, como es bien sabido, es rebelde, mucho más que el lupus de Villaux. El número de los procedimientos terapéuticos que le han sido aplicados es considerable, y á menudo, todos los esfuerzos han resultado inútiles. Los enfermos que he tenido que tratar eran de formas graves, y habían sido cuidados sin resultado por todos los procedimientos, antes de ser sometidos á la fototerapia. De 11 enfermos, están actualmente 3 curados, 2 mejorados de un modo considerable, y 6 quedan aún en tratamiento; de éstos, 4 están muy modificados y curarán completamente ó casi por completo y sólo 2 son refractarios. Estas cifras y, sobre todo, el fracaso de los procedimientos empleados anteriormente, me parecen demostrar que el método de Finsen constituye un progreso considerable en el tratamiento del lupus eritematoso.

El Dr. Bolognesi: He de recordar que en 1893, Juhel-Renoy había obtenido muy buenos resultados del empleo de la luz roja en los variolosos; la supuración es mucho menor bajo esta influencia, y los enfermos curan con cicatrices muy poco aparentes.

El Dr. Blondel: He visitado en Copenhague el Instituto de Finsen, y he sido vivamente impresionado por las hermosas curaciones obtenidas en el lupus; allí ví un enfermo cuidado en el Hospital de San Luis de París durante diez años por los procedimientos clásicos, y declarado incurable por Besnier, que Finsen ha llegado á curar, aunque después de un tratamiento muy largo.

El Dr. Du Castel: Reconozco toda la importancia del método de Finsen en todos los casos de lupus profundo; en razón de la gran penetrabilidad de los rayos Finsen, este es el único procedimiento con el cual se tiene la seguridad de alcanzar todos los nódulos. Cuando se trata de lupus superficiales, se pueden obtener muy buenas curaciones por el método quirúrgico de Lang, que consiste en separar en una sesión todos los tejidos enfermos.

Influencia de la digestión en la acidez de la orina. — El Dr. Bardet: He recogido en un enfermo la curva acidimétrica de su orina durante cuarenta y ocho horas. Tratábase de un hiperclorhídrico, cuyo grado acidimétrico habitual de sus orinas era por la mañana, en ayunas, inferior al normal (3 en lugar de 4'5). Después de una comida mixta, baja hasta el punto de hacerse

neutra la orina, sin que aparezca ningún síntoma, pero si se superpone á la digestión hiperclorhídrica una crisis de fermentación, el grado acidimétrico aumenta de un modo artificial, hecho que en algunos casos se convierte en causa de error. Si se estudia la orina correspondiente á un período no digestivo, pero no en el curso de un acceso franco de hiperclorhídria, también se observa una hipoacidez marcada. Por lo tanto, en los hiperclorhídricos, si se tiene el cuidado de evitar toda causa de error, la excitación gástrica debida á una crisis hiperclorhídrica ó á la actividad regular del estómago, se traduce por un descenso notable del grado acidimétrico.

Del tratamiento de la viruela.—El Dr. Legrand: Al principio de la viruela existe á menudo una intolerancia gástrica absoluta y muy difícil de vencer. Sin embargo, he conseguido hacer cesar los vómitos administrando la siguiente poción:

Clorhidrato de cocaína		0'10 gramos.
Jarabe de éter	aa.	30'00 —
— de codeína		
Agua clorofórmica	aa.	50'00 —
— destilada de menta		

Mézclese; para tomar una cucharada de postre cada hora.

Al propio tiempo, empleo la dieta hídrica, y para luchar contra el estado general, en vista de los pocos éxitos obtenidos con el tratamiento etero-opiáceo, empleo la siguiente fórmula:

Acetato de amoníaco	3'00	gramos.
Jarabe tebaico	50'00	—
— de quina con vino	60'00	—
Poción de Todd, cantidad suficiente para hacer	187	—

Mézclese; para tomar una cucharada grande cada hora.

Para luchar contra la supuración, empleo sistemáticamente los baños de sublimado cada dos días, y cubro las pústulas con emplasto de Vigo ó con la masa de dicho emplasto calentada y reblandecida, colocada en cada pústula por separado, en cuyo caso pongo por encima papel de seda, de modo que cada pústula se encuentre cubierta de una especie de emplasto. Con estos tratamientos, se consigue que cesen rápidamente los fenómenos de intolerancia gástrica, que se suprima el período de supuración y que no quede ninguna cicatriz.

El Dr. Crequy: Creo que puede ser nocivo prescribir de un modo metódico baños de sublimado á los variolosos. Es de suponer que se tropezará con individuos á los que se expondrá á varios accidentes.

Acción aperitiva del persulfato y del metavanadato de sosa.— El Dr. Robin: El persulfato de sosa puro, que es como yo le empleo, resulta uno de los mejores aperitivos, tanto si el individuo padece ó no tuberculosis pulmonar. He aquí la disolución de que me sirvo:

Persulfato de sosa	2'00	gramos.
Agua	300'00	—

Disuélvase; para tomar una cucharada grande, media hora antes de las dos principales comidas.

Este medicamento, si no despierta el apetito en seis días, es inútil continuar su administración, pero al cabo de algún tiempo se puede intentar de nuevo administrarle durante otros seis días.

El metavanadato de sosa es un excelente aperitivo para los tuberculosos y abre el apetito aun en los casos en que ha fracasado el persulfato. Me sirvo de la siguiente solución :

Metavanadato de sosa.....	0,03 gramos.
Agua.....	150,00 —

Disuélvase.

Se administra una cucharada de café, la cual contiene un milígramo de substancia activa, media hora antes de las dos principales comidas, y no se debe continuar el empleo de este medicamento más allá de cuatro días, pero al cabo de algún tiempo puede volverse á administrar.

El Dr. Hirtz : He obtenido en los tuberculosos muy buenos resultados del metavanadato de sosa, pero no del persulfato, el cual, administrado á un canceroso, provocó una sensación de hambre dolorosa que impidió continuarlo. Tal vez los resultados poco halagüeños que he obtenido con el persulfato, son debidos á las dosis un poco crecidas que le prescribo, ó sea á la de 50 centígramos por día.

El Dr. Robin : Por haber observado trastornos análogos que los que ha referido el Dr. Hirtz con estas dosis, le prescribo á la diaria de 20 centígramos en dos veces, y sólo durante algunos días. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 30 *de Enero de* 1901.

Enzootia equina, mortal.—El Dr. Piorkowski: En una propiedad de la Prusia Occidental murieron 28 caballos desde diciembre de 1898 hasta el Otoño de 1900, sin que en 26 de ellos se hubiese podido descubrir la causa de la muerte. Los animales caían enfermos con fiebre, cólicos, etc., y sucumbían en un plazo que varió entre dos horas y cuatro semanas. En las autopsias se encontraron úlceras intestinales, tiflitis, los riñones aumentados de volumen, peritonitis purulenta y la cavidad abdominal llena de un líquido icoroso. El veterinario me remitió los órganos de un caballo que había estado enfermo desde el 14 de noviembre al 19 de diciembre. El bazo estaba aumentado de volumen ; en el intestino existían lesiones peritoníticas y el estómago se hallaba normal.

El examen bacteriológico dió á conocer la existencia de cinco distintas variedades de micrococos, de las cuales sólo una produjo efectos mortales inoculada al ratón blanco y al cavia, en un plazo de doce horas. Ulteriores investigaciones demostraron que la causa propia del mal era un bacterium coli muy virulento, y que presentaba todas sus propiedades características incluso la de producir indol, etc. Como se sospechaba que este bacterium habría sido ingerido con el agua y el forraje, examiné la una y el otro, y, en

efecto, pude cultivar el bacterium con todos los materiales que se me proporcionaron (excepto con la avena). Todas estas bacterias se mostraron muy virulentas, puesto que todos los animales inoculados con ellas sucumbieron de doce á veinticuatro horas después con los síntomas de una peritonitis fibrinosa purulenta. La prueba de que estos micro-organismos son también capaces de producir los mismos síntomas á caballos sanos, la conseguí cebando á un caballo con cultivos de bacterium coli de veinticuatro ó de cuarenta y ocho horas de fecha, é inyectando éstos en sus venas. La última inyección la practiqué el 15 de enero en la vena yugular, y en la noche del 16 al 17 sucumbió el animal, demostrando la autopsia la existencia de las mismas inflamaciones que se habían observado, en medio de graves síntomas sépticos, en los que habían muerto anteriormente. Las bacterias halladas en el cadáver presentaban los mismos caracteres que las del cultivo puro.

La contaminación del agua debió haberse verificado en el caso presente por la proximidad de montones de estiércol, cuyas materias fecales probablemente llegaron á mezclarse con dicho líquido. Se averiguó además que el comienzo de la enzootia coincidió con la admisión de un mozo que había estado en una propiedad donde algún tiempo antes habían muerto también muchos caballos. Sin duda alguna el abandono y descuido de ese criado han sido la causa de la enzootia.

Embarazo tubario.—El Dr. Gottschalk: Una de las preparaciones que aquí presento proviene de una mujer de treinta y cinco años que no tuvo más que un hijo hace trece, dato que suele tener mucha importancia en la anamnesia de la preñez no extrauterina. Esta mujer, que no había dejado de tener sus reglas y que sólo á primeros de este mes se había sentido un poco débil, se quejó el día 19 de dolores vivos en el lado izquierdo, los cuales se acentuaron el día siguiente, presentándose además tres ataques de síncope. El día 21 el médico de cabecera, Dr. Henius, encontró á la enferma en un gran colapso, con el vientre muy abultado, el pulso casi insensible y gran palidez. A las diez y media pude comprobar la existencia de un embarazo tubario izquierdo con rotura de la trompa y hemorragia subsiguiente en la cavidad peritoneal; el útero estaba dislocado hacía la derecha y adelante, y por detrás de él había masas sanguíneas abundantes y recientes, que por arriba se perdían en la cavidad abdominal. A la media hora se practicó la operación que confirmó el diagnóstico; encontré coágulos sanguíneos recientes que llegaban hasta el riñón, en la cavidad abdominal, y evacué como una palangana regular de sangre; la trompa izquierda estaba rota y el huevo introducido á medias en la rotura. El pulso había estado peor dos horas antes de la operación que después de ésta, lo cual hace comprender que la hemorragia se había detenido momentáneamente, tanto, que el médico proponía al principio aplazar la operación. Yo, en cambio, me mostré partidario de intervenir en el acto, porque sin duda alguna era muy de temer un nuevo ataque. Tanto la operación como la convalecencia se verificaron sin ningún contratiempo.

La segunda preparación que aquí traigo demuestra especialmente de qué manera la obstrucción de la rotura por el óvulo encajado en ella puede evitar que continúen las hemorragias. La paciente fué operada por el procedimiento vaginal. Ya no encontré más que como una taza de sangre fresca en la cavidad abdominal; el orificio de rotura estaba completamente obturado

por el huevo, y á este taponamiento debió la enferma su salvación. Por cierto que la interesada no sospechaba su embarazo, pues si bien es verdad que sus reglas se habían suspendido por cinco meses, pasado este plazo se habían vuelto á presentar hemorragias.

No siempre hay relación entre la abundancia de las hemorragias y la importancia de la rotura. Esta otra preparación que aquí presento, y que se obtuvo por medio de una laparotomía, corresponde á una rotura antigua y proviene de una mujer que todavía estaba criando á su hijo, y que de pronto se vió atacada de colapso hasta quedar completamente sin pulso. A las once de la noche la operé con éxito feliz.

Tratamiento quirúrgico de las várices y de la flebitis varicosa.— El Dr. Karewski: De los dos métodos, de Madelung y Trendelenburg, que se han aconsejado para tratar las várices, el último es el que ha merecido la preferencia por su sencillez y su fundamento racional. Esto no obstante, resulta de un gran número de publicaciones de estos últimos tiempos, que en un 36 por 100 de los casos tratados por dicho procedimiento se observó recidiva, que en algunos sobrevino embolia (con terminación mortal en uno de ellos), así como también es frecuente que con la operación se produzca trombosis del tronco venoso ligado. Según Perthes este accidente sobrevino 8 veces en 86 casos, pero también puede ocurrir con la operación de Madelung. También por debajo del punto trombosado se ha encontrado en algún caso embolia y arrastramiento del émbolo. Estas recidivas y trombosis pueden malograr los resultados, lo mismo los que se obtienen con el procedimiento de Madelung que los que se alcanzan con el de Trendelenburg. Este hecho ha sido causa de que se hayan propuesto muchas modificaciones del procedimiento, y entre otras á la elección de un punto más elevado para la operación y á la extirpación de un trozo mayor. En muchos casos se han combinado los dos procedimientos, de Madelung y Trendelenburg, y se ha ligado la vena safena en el punto en que se une á la femoral.

En diez años que llevo de práctica de estas operaciones he tenido 35 casos de observación personal, y como resultado de mi experiencia, aconsejo que se proceda siempre á la extirpación de las várices y á la resección de la vena eferente, resección que se prolongará en dirección ascendente en toda la extensión en que parezca enferma la vena, y, por lo tanto, en el tronco venoso, desde el punto de desembocadura de la vena hasta las várices, extirpando éstas en su totalidad. Aun en aquellos casos en que no se ven ni nudosidades ni dilataciones, se puede apreciar por medio de un examen detenido, que las venas tienen un diámetro mayor que el normal y un color opaco. Además de esto, con su examen microscópico nunca dejan de encontrarse lesiones que son características de las alteraciones varicosas. Se comprende, por lo tanto, muy bien, que en estas circunstancias se formen trombus, sobre todo si intervienen ciertas causas nocivas que es frecuente existan aun en el caso de que el curso de la afección se mantenga aséptico. Este peligro se conjura con la extirpación total del vaso, puesto que así no quedan ni una columna de sangre estancada ni un conducto que favorezca la formación de un trombus. Hasta ahora no he visto ningún caso de trombosis de la vena femoral empleando el procedimiento radical á que me refiero, que es al mismo tiempo el medio mejor de evitar las recidivas. Cuanto más

alto es el punto en que se liga la vena safena, tanta mayor seguridad habrá de que influiremos más favorablemente en todas las varicosidades; y cuanto más total sea la extirpación tanto menores son las probabilidades de que se produzcan recidivas colaterales.

El único reparo que se puede hacer al procedimiento es el de que representa una intervención de muchísima importancia y que exige mucho tiempo. Con la modificación que yo he adoptado hay casos en que se necesita una incisión de un metro de largo y en que la operación, si tiene que ser bilateral, dura más de una hora. Este inconveniente, que por otra parte no implica perjuicio alguno ni para la cicatriz ni para el estado general del operado, lo obvio por medio de un artificio técnico con el que se consigue reducir la formación cicatricial. Consiste dicho artificio en comenzar la operación poniendo al descubierto, por medio de una incisión pequeña, el punto en que termina la vena safena y en proceder después aisladamente á ligar y á cortar al través un trozo considerable de la misma. Si después de esto se traza unos 20 centímetros más abajo una incisión y se invierte la vena en dirección central, se puede extraer todo el vaso sin necesidad de apelar á instrumento cortante; las hemorragias procedentes de las ramas laterales desgarradas ceden muy pronto á la compresión. Hecho esto, ya se consigue con una tercera incisión el poder extirpar todo el vaso. De esa manera se reduce á un mínimum la formación cicatricial, y además se consigue, y creo conveniente insistir en este punto, que cure muy pronto la úlcera varicosa. El peligro de que sea arrastrado un trombus se conjura con la ligadura y la extirpación del tronco venoso. Yo he operado hasta en casos que se hallaban en un período agudo y con fiebre.

Creo que el método de curación radical que propongo debe generalizarse, sobre todo si se tiene en cuenta que con él se consigue el fin apetecido en el mismo tiempo, mejor y de un modo más duradero que con el tratamiento conservador. — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Un procedimiento simple de gastrostomía. — El Dr. Morni ha estudiado en su Tesis el procedimiento de gastrostomía de Routier.

La pared es incindida en el sitio electivo, paralelamente á la línea media, en la parte lateral izquierda de la región epigástrica, á través de las fibras del recto mayor del abdomen. Se atrae á la herida una parte de la cara anterior del estómago, lo más cerca posible del cardias y se la fija á la pared abdominal por cuatro puntos de sutura con crin. Estas crines atraviesan todo el espesor de la pared del abdomen, y además las túnicas serosa y muscular del estómago. Circunscriben así un rectángulo en el que se practica la abertura estomacal. Dos de ellas son paralelas á la incisión, las otras dos la cruzan en sentido perpendicular. Estas últimas bastan para aproximar á la vez los dos labios de la herida por encima y por debajo de la fístula. Se incinde el estómago teniendo cuidado de hacer en la mucosa un orificio lo más pe-

queño posible. Se introduce á través de ella en el estómago, una sonda de Nélaton que se fija á la pared. La operación dura sólo unos minutos.

(*Thèse de París*). — F. Toledo.

Escoliosis neurótica. — El Dr. De Paoli describe cuatro casos de esta singular enfermedad. El primero se refiere á un muchacho de doce años que se quejaba de dolores violentos que se exageraban por medio de la presión en los espacios intercostales 6.° y 8.° Este enfermo presentaba una escoliosis lumbar hacia el lado izquierdo que curó con el empleo de los bromurados. En el segundo caso se trataba de una muchacha de ocho años en la que después de un ligero traumatismo se presentaba con intervalos más ó menos largos una actitud defectuosa de la columna vertebral. También en este caso se obtuvo la curación con el empleo de preparados bromurados. Los casos 3.° y 4.° se refieren respectivamente á una mujer de treinta y cinco años que presentaba además otros estigmas de histerismo y á un sujeto de cuarenta años.

El diagnóstico debe fundarse, según el autor, en el predominio de los síntomas subjetivos y en el marcado contraste que existe entre la intensidad y la larga duración de las molestias por una parte, y la insignificancia de las lesiones y el buen estado general por otra. Se observa, además, que los dolores se localizan á menudo en un punto muy diferente de aquel en que debieran existir, según el sitio de la deformidad. Además de esto, los trastornos motores no concuerdan ni con el sitio ni con la forma de la desviación.

Los antiflojísticos, los procedimientos de inmovilización y los vendajes agravan el mal; en cambio se alivia éste con los antiespasmódicos, los tónicos y la sugestión. — (*Policlínico*). — R. del Valle.

Tratamiento de las estrecheces esofágicas en los neoplasmas malignos. — Según las observaciones de Rosenheim, el cateterismo dilatador metódico, útil en las estrecheces cicatriciales, está contraindicado en las debidas á neoplasmas malignos, en tanto que sea posible la deglución de líquidos. Debe disminuirse la excitabilidad de la mucosa esofágica por el uso interno de la morfina, combinada ó no con otras substancias anestésicas. Lo mejor es dejar deshacerse en la boca una de las pastillas comprimidas siguientes:

Cloruro de morfina	5	milígramos.
— de cocaína	25	—
Antipirina	10	centígramos.
Azúcar	30	—

Háganse 30 pastillas para tomar una ó dos varias veces al día.

En ciertos casos es necesario renunciar á la morfina. Es preciso entonces recurrir á la anestesia local por medio de una sonda esofágica, inyectando en el sitio de la estrechez 3 gramos de una disolución de nitrato argéntico al 1 ó 4 por 100 ó de eucaína al 3 por 100. La inyección se practica al principio cada dos días, después más de tarde en tarde. La deglución suele facilitarse así de un modo notable. Los alimentos serán líquidos y los enfermos los deglutirán con pausa. El alcohol fuerte está contraindicado.

(*La Med. Moderne*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA Á FINES DEL SIGLO XIX

POR

D. ALBERTO SUÁREZ DE MENDOZA

Profesor libre de enfermedades de las vías urinarias en la Facultad de Medicina de Madrid.

(Continuación).

TUMORES DEL ÚTERO Y SUS ANEJOS

TUMORES BENIGNOS

En 14 enfermas hemos intervenido operatoriamente para desembarazarlas de tumores benignos desarrollados en los ovarios ó en la matriz. Este total se descompone de la manera siguiente:

Quistes del ovario	2
Fibromiomas uterinos	9
Quiste del ovario y fibromioma voluminoso en la misma enferma	3

Estas 14 operaciones han sido todas coronadas de éxito. Los quistes del ovario, y aun los tres casos de fibroma voluminoso acompañado de quistes del ovario, no prestan motivo á discusión: la extirpación es hoy el único tratamiento de los quistes del ovario. En los tres casos en que estos tumores se encontraban acompañados de voluminosos fibromas uterinos, la castración abdominal total se imponía, siendo ambas llevadas á efecto por el método americano. La primera de estas intervenciones, que comuniqué al Congreso Hispano-Portugués de Cirugía, fué la primera histerectomía abdominal total por el método americano, practicada en España.

Si en estas cinco operaciones, la indicación era clara y precisa, no puede decirse lo mismo de algunas de las otras nueve, que aunque coronadas de éxito deben ser discutidas.

Tres de estas enfermas presentaban fibromas voluminosos, que

por su volumen, por los accidentes hemorrágicos y de compresión y molestias de todo género por ellas ocasionadas, justificaban la extirpación, practicada dos veces por el método de Polk, y una por el método de Kelly.

Las seis enfermas restantes presentaban fibromas cuyo volumen variaba entre el de una naranja y el de una cabeza de feto á término.

Todas estas enfermas fueron operadas por la vía vaginal, según el método de Doyen. El síntoma predominante, el único que alarmaba seriamente á las pacientes en ciertos casos, era la metrorragia, y ni el volumen del tumor, ni su enclavamiento en la pequeña pelvis, ni síntoma alguno de compresión, justificaban la intervención. Estos seis casos pertenecen á la serie de las operadas, en virtud de la afirmación axiomática sostenida en algunos Congresos franceses de Cirugía de París; todo fibromioma uterino, una vez diagnosticado, debe ser extirpado.

Como mi conducta en estos seis casos podría acreditarme de partidario de este criterio que desde hace muchos años vengo combatiendo, pues no me parece justificado por la clínica, he de entrar en ciertas consideraciones para explicarla.

A propósito de la célebre discusión habida en la Sociedad de Cirugía de París, hace diez años, decía yo en un artículo que publiqué en la *Revista internacional de Electroterapia* (1): «Mr. Segond cree que pronto llegaremos á esta conclusión general: que las indicaciones del tratamiento eléctrico de los fibromas existen solamente cuando es inútil ó imposible hacer algo mejor (desde el punto de vista operatorio). Espero, respondía yo en el citado artículo al célebre cirujano y querido amigo mío, que dentro de algunos años podremos decir que las indicaciones de la intervención cruenta en el tratamiento de los fibromas existen sólo en los casos que no sean justiciables de la electricidad».

Esta afirmación mía se apoyaba en el estudio de 32 enfermas, en las cuales la intervención operatoria me había parecido temeraria é inútil. En mi último viaje á Francia este estío, he tenido ocasión de saludar á algunas de estas enfermas, que gozan de una salud perfecta á pesar de los fibromas que conservan, y con los cuales han vivido diez años en buena armonía.

(1) A. Suárez de Mendoza: «Du traitement des fibromes uterins par le courrant voltäique de grande intensité». *Revue internationale d'Electrotherapie*, septiembre de 1891.

Las ideas que entonces defendía y sigo defendiendo, vuelven hoy á ver la luz, después de un eclipse casi total de seis ú ocho años, durante los cuales el bisturí ha sido decretado, como único medio curativo de los fibromas, por la mayoría de los cirujanos del mundo.

Basta leer las numerosas comunicaciones presentadas hace seis meses al último Congreso internacional de Medicina y Cirugía de París, para convencerse de la evolución que en sentido conservador está haciendo la Cirugía. La reacción se acentúa, y es fácil augurar será salutífera.

A pesar de la extraordinaria perfección que ha alcanzado la técnica en el tratamiento de los fibromas, no puedo admitir como regla de sana práctica, que todo fibroma diagnosticado deba operarse.

Muchos de estos tumores existen durante largos años sin molestar á las enfermas, permitiéndoles llegar á la menopausia, después de la cual se atrofian, por lo general; otros, si bien amenazan por las metrorragias, ó por los accidentes de compresión que determinan, son justiciables, en lo que á estos síntomas se refiere, del tratamiento por la corriente voltáica de gran intensidad y por las aguas clorurado-sódicas, como Salies de Bearn y sus similares.

Si á pesar de lo expuesto figuran en esta estadística seis casos de fibroides uterinos en estas últimas condiciones, tratados, sin embargo operatoriamente, es porque en todos ellos desempeñaba el principal papel, desde el punto de vista de la indicación operatoria, un factor con el cual tiene, por desgracia que contar á menudo el cirujano: la miseria.

En efecto, las desgraciadas que por ineludibles necesidades de la existencia se ven obligadas á ganar el pan cotidiano, no pueden someterse á tratamientos de larga duración, para los cuales por lo menos se necesita tiempo, y en estos casos, como en muchos de la práctica diaria, la indicación puramente científica tiene que ceder el paso á la indicación social.

La coexistencia de quistes del ovario y fibromiomas uterinos voluminosos, no es muy frecuente; recientes indagaciones practicadas tanto en la literatura nacional como en la extranjera, sólo me han permitido encontrar 23 casos. La casualidad ha traído á mi Clínica tres enfermas con este doble tumor. La primera, cuya observación como ya he dicho comuniqué al Congreso Hispano-Portugués de Cirugía, presentaba un quiste del ovario de mediano volumen, con

pedículo muy largo, y un fibroma que llegaba más arriba del ombligo.

La segunda, un voluminosísimo quiste multilocular y un fibromioma de 3 kilogramos y medio de peso. En ambas se hizo la castración abdominal total por el método americano, con toda felicidad.

En la tercer enferma, no pudo establecerse un diagnóstico preciso de la naturaleza de los tumores, antes del acto operatorio, contando con éste para precisar el diagnóstico; modo de proceder que constituye una gran excepción en mi práctica.

Abierta la cavidad abdominal, pude comprobar la existencia de un quiste, incluído en el ligamento ancho izquierdo y un fibromioma del tamaño de un coco, incluído también en el ligamento ancho del otro lado.

La operación fué larga y laboriosa; las adherencias del quiste con los vasos ilíacos no me permitieron llevar á cabo su extirpación, obligándome á masurpializarlo; durante la disección del fibroma, tuve la mala suerte de cortar el ureter del lado derecho, cuyas conexiones se hallaban modificadas. Siendo la extremidad superior de dimensión insuficiente para practicar en el acto una uretero-cistoneostomía, la fijé en la vagina para tomar más tarde la decisión que me pareciese más adecuada. Un taponamiento á la Mikulicz, aislando la pequeña pelvis, completó esta laboriosísima operación. A las dieciocho horas se declaró una septicemia peritoneal, de la cual acabó por triunfar la enferma, después de doce días de terrible lucha, cuyos detalles daré á conocer minuciosamente en un próximo trabajo sobre las septicemias peritoneales post-operatorias ó en la estadística del año próximo. La enferma, completamente restablecida, conserva, como es natural, una fístula uretero-vaginal, cuyas molestias y peligros pienso hacer desaparecer en breve por medio de una intervención vesico-vaginal, de que daré cuenta en algún trabajo ulterior (1).

Este es el único accidente operatorio grave, aunque remediable, que he tenido que deplorar en el respetable número de operaciones á que se refiere esta estadística.

A esta serie de 14 operaciones, practicadas por fibromas uterinos

(1) Posteriormente he practicado á esta enferma un colpocleisis después de haber destruído el tabique vesico-vaginal hasta el ligamento interuretérico.

El resultado ha sido completamente satisfactorio.

y quistes ováricos, debo añadir la extirpación de dos enormes tumores del ovario, cuyo análisis histológico no se hizo, pero cuya evolución, la falta de ascitis, y, sobre todo, el no haber recidivado, me inclinan á considerarlos como tumores benignos; las dos enfermas curaron rápidamente de su laparotomía.

TUMORES MALIGNOS

A pesar del número considerable de neoplasias malignas que han frecuentado mi Clínica, la terapéutica operatoria ha desempeñado papel muy secundario en el tratamiento, pues confieso ingénuamente que después de haber ensayado todos los tratamientos operatorios propuestos contra el cáncer uterino, pertenezco á la categoría de los descorazonados, y creo que sólo en los casos en que podemos sorprender el mal en sus comienzos, entramos en la lucha con probabilidades de victoria; y digo probabilidades, porque, ni aun en estas condiciones, podemos responder de una curación definitiva.

En tres casos he creído deber intervenir por lesiones muy limitadas del cuello, entre las cuales la más extendida no alcanzaba el diámetro del de una pieza de 5 céntimos; en dos de ellas el microscopio reveló la naturaleza epitelial de la lesión; en la tercera procedí á la operación sin previo examen microscópico.

En todos estos casos he practicado la castración total por la vagina; en dos de ellos la reproducción se ha efectuado en la cicatriz antes del año; en el tercero, apenas cicatrizada la herida, han comenzado á manifestarse hemorragias de mal augurio.

En todos los demás casos que se han presentado en la Clínica, el tratamiento paliativo ha consistido en inyecciones de permanganato de potasa del 1 al 5 por 1000, para librar á las enfermas del repugnante olor del flujo. Las metrorragias se han combatido bastante eficazmente con el carburo de calcio, empleando liberalmente la morfina, ya en supositorios rectales, ya en inyecciones hipodérmicas, para aliviar los dolores que atormentan á estas desgraciadas, y atenuar así los sufrimientos del triste calvario que representa el último período de la vida de una cancerosa, desempeñando de esta manera el ingrato papel de Cirineo á que la insuficiencia de nuestros conocimientos condena aún al cirujano en cuanto al tratamiento del cáncer se refiere.

DESVIACIONES UTERINAS

En esta clase de ginecopatías, que comprende un crecidísimo número de las enfermas que frecuentan nuestras Clínicas, no he tenido que intervenir operatoriamente sino en 14 casos de prolapso uterino más ó menos considerable; en todos ellos, por lo menos el cuello uterino, en su totalidad, salía fuera de la vulva durante la marcha.

Como creo que la grandísima generalidad de los prolapsos uterinos pueden ser contenidos por operaciones plásticas, practicadas sobre la vagina y el periné, tengo por costumbre tratar de corregir siempre el prolapso por estos medios. Cuando excepcionalmente la corrección resulta insuficiente y la matriz tiende de nuevo á abandonar su sitio, entonces recurro, según los casos, y obedeciendo á las indicaciones suministradas por la edad, la mayor ó menor tonicidad de los tejidos, el desarrollo más ó menos considerable de la capa adiposa, á alguna de las operaciones indicadas en semejantes casos como son: la fijación del útero á la pared abdominal ó el acortamiento de los ligamentos redondos, dando la preferencia á la primera de estas operaciones. En casos excepcionales, en los cuales ha sido fácil prever la insuficiencia de la restauración colpo-perineal, he asociado en la misma sesión la fijación de la matriz á la colpo-perineorrafia.

Por fortuna, todas las enfermas á que acabo de referirme, han visto su padecimiento desaparecer con la sola intervención sobre el periné y la vagina, y aunque algunas de ellas desempeñan trabajos de mucha fuerza para su sexo, y otras, siendo cocineras, se ven obligadas á permanecer en pié casi todo el día, en ninguna se ha reproducido el prolapso.

Comunmente empleo el método de Lawson-Tait, al cual, sin embargo, no atribuyo otra superioridad sobre los demás, sino la facilidad y rapidez de su ejecución, pues los fracasos en este género de intervenciones, dependen menos del procedimiento elegido, que de la manera de ejecutarlo.

La modificación de Sänger, constituye, á mi entender, un perfeccionamiento en el método de Tait.

DEFORMIDADES DEL CUELLO UTERINO

En dos casos de estenosis de cuellos tapiroides he practicado la estomatoplastia, siguiendo el procedimiento de Pozzi; en ambos casos se trataba de mujeres casadas, nulíparas, con dolorosísimas disme-

norreas. Los resultados operatorios, negativos hasta ahora, desde el punto de vista de la concepción, han ejercido felicísima influencia sobre la dismenorrea, que ha desaparecido por completo.

Dos enfermas han sido operadas en la Clínica por hipertrofia supravaginal del cuello; en una el histerómetro acusaba 17 centímetros, y en la otra 14; en ambas, el prolapso de los órganos genitales era considerable; la amputación supravaginal del cuello y la restauración colpo-perineal, dió en ambos casos un rápido y feliz resultado.

FÍSTULAS VESICO-VAGINALES

Por desgracia, y fuerza es decirlo, por más que avergüence, el abandono absoluto en que se encuentra en nuestro país la enseñanza de la obstetricia, tiene por resultado un contingente de fístulas tal cual no se ve en ningún otro.

La patogenia es bien sencilla: una comadrona, *profesora en partos*, que por amor propio ó ignorancia, y lo más á menudo por ambas causas, no hace llamar al médico á su debido tiempo, y deja horas y días la cabeza inmóvil en la excavación, permitiendo á la extremidad fetal triturar los tejidos blandos maternales condenando á la infeliz parturienta á una angustiosa vida de sufrimientos físicos y morales, á los cuales para una mujer es mil veces preferible la muerte.

En otras ocasiones, la situación es aún más triste y dolorosa: el médico es llamado á tiempo, ó lo que es más grave, asiste al parto desde su principio, la cabeza llega á la excavación, donde en determinados casos permanece inmóvil más de dos horas; no ignora que desde aquel momento la pared vesico-vaginal, corre peligro; sabe quizá que la aplicación del forceps está indicada, que es necesaria, que es urgente, pero el desgraciado no ha visto nunca practicar una aplicación de forceps, no se le ha obligado jamás á ejecutar esta operación indispensable y de imperiosa urgencia, ni siquiera una vez en el maniquí, y el infeliz aguarda, confiando vanamente durante largas horas de angustia y de zozobra, que los esfuerzos de la naturaleza le saquen de aquel comprometido lance, hasta que algún compañero, á la altura de su deber, viene fuera de tiempo á concluir el parto. La infeliz madre habrá pagado con una lesión que á veces destrozará su vida física y moralmente, la ignorancia y la impericia del uno, la incuria y la ligereza de los otros.]

La cirugía contemporánea ha realizado inmensos progresos en lo

que atañe al tratamiento de las fístulas vesico-vaginales, pero no suficientes para subsanar todos los desastres ocasionados por la ignorancia. Mientras el esfínter y la uretra han sido conservados, casi siempre es posible reparar el daño de una manera satisfactoria; pero en los casos en que casi todo el septo vesico-vaginal se ha esfacelado y con él han desaparecido el esfínter vesical y la uretra, la mujer queda forzosamente condenada á la incontinencia perpétua de orina.

La situación de estas desgraciadas es tan lamentable, la impresión que me ha dado el último caso ha sido tan triste, que creo no vacilaré, en análogas circunstancias, en practicar la operación de Boari, debidamente modificada para el caso, á pesar de los inconvenientes que en semejantes condiciones pueda traer consigo.

Diez veces he intervenido para este género de lesiones, y este número no representa la tercera parte de las fistulosas urinarias que se han presentado en mi Clínica, y que por diversas razones no he podido hospitalizar. Seis de estas enfermas, han curado á la primera intervención; en una, fué necesario intervenir dos veces; por último, en las tres restantes, la primera intervención ha fracasado y las enfermas hasta ahora no han querido dejarse operar nuevamente.

El método americano ha sido empleado seis veces, tres con éxito completo y tres sin resultado. El método de Ricard, tres veces con completo éxito. El de Duplay y Cladó una vez, en las mismas condiciones.

Suele también observarse en la mujer una forma de incontinencia de orina especial á su sexo, que aun cuando no presenta gravedad alguna, no deja de constituir un desagradabilísimo achaque. La uretra y el aparato constrictor del cuello, bajo la acción de diferentes causas, entre las cuales la más común es la dilatación uretral, llegan á ser insuficientes. Esta insuficiencia puede ser absoluta, encontrándose las enfermas en estado de completa incontinencia, pues la orina se escapa gota á gota por el meato, á medida que llega á la vejiga; estos casos son, en realidad, poco frecuentes. Por lo general, las enfermas retienen la orina en la vejiga mientras no hacen esfuerzo alguno, pero la más leve presión ejercida sobre el reservorio por las paredes abdominales ó por la masa intestinal, basta para vaciarlo. Un acceso de tos, una carcajada, á veces un simple bostezo, son suficientes para que la mujer sienta empapadas sus ropas.

La faradización del cuello, desembaraza bastante á menudo de

este enojoso accidente, pero, á veces, la lesión es demasiado intensa y es indispensable recurrir al estrechamiento de la uretra.

En cinco casos, hemos recurrido á esta operación con el más completo éxito; en tres de ellos, la incontinencia era completa y producida en dos por dilataciones uretrales practicadas en otras Clínicas, con el fin de hacer un raspado de la vejiga. El tercero de estos casos es sumamente curioso, pues la incontinencia fué producida en las primeras semanas del matrimonio por una violenta dilatación digital de la uretra, practicada por el marido, que cometió un error de vía; un esfuerzo inconsciente en la dirección debida, le abrió el paso por el buen camino, cuando desgraciadamente ya el mal estaba hecho.

En los dos casos de incontinencia relativa, ésta sólo podía ser imputada á los múltiples partos de cada una de las enfermas.

Como ya he dicho, estas cinco enfermas curaron radicalmente mediante el estrechamiento uretral.

(*Concluirá*).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ RIBERA Y SANS

Catedrático de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid.

ESTUDIO DE LA CISTITIS TUBERCULOSA, por D. José Coll. Memoria laureada por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, en el concurso de 1898 á 99.

Empezaré por decir que esta Monografía es un estudio completo y un resumen acabado de cuanto á la cistitis tuberculosa se refiere, como no podía por menos de ser, dada la recompensa que le otorgó la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, y sin embargo, también debo consignar desde el primer momento, la impresión tristísima que la lectura de tal Memoria me ha sugerido. Si una Monografía debe comprender tan sólo cuanto de más importante se ha publicado en el extranjero acerca de dicho asunto, no cabe duda que el trabajo del Dr. Coll llena esta condición; si tal Monografía debiera reflejar el estado en que lo referente á la misma se encuentra en nuestro país, ó una de dos, ó aquí nadie se ha ocupado de la cistitis

tuberculosa ó de la tuberculosis vesical, ó falta en dicha Monografía algo que cuando menos nos diera á conocer lo que entre nosotros se ha dicho ó se ha hecho. Y este es, á mi entender, el defecto capital y tal vez único, por otra parte, que encuentro en esta Monografía. Dos ó tres observaciones personales, citar al Dr. González Bravo para decir que ha obtenido buenos efectos del formol en la cistitis tuberculosa; decir que el Dr. Esquerdo recomienda la divulsión de la uretra en la mujer y pare usted de contar, y ya ni se ha hecho, ni se ha dicho nada más en España respecto á este padecimiento. ¿Pero es que la cita del Dr. González Bravo y la del Dr. Esquerdo no supone que han empleado tales medios en algunos casos? ¿Es posible que especialistas y cirujanos españoles no hayan tratado muchos casos, con más ó menos éxito, de cistitis tuberculosa? Se dirá que tal vez no se han publicado; pero ahí del ejemplo que ha dado el Dr. Pulido, preguntando, para hacer su obra, acerca la oclusión intestinal, lo que han hecho los cirujanos españoles, y hay que convencerse, que sólo haciéndolo así, es posible escribir algo que no sea un resumen de lo hecho en el extranjero, y tener en plazo más ó menos próximo una literatura quirúrgica ó médica española.

Como esta es la única objeción fundamental que se puede hacer á dicha Monografía, he preferido empezar por ella, para que en el resto de esta bibliografía no tengo que hacer más que alabanzas.

Leída la Monografía del Dr. Coll, se sabe cuanto se puede referir á la cistitis tuberculosa, y si á esto se añade que la exposición está bien hecha, es metódica y clara, y no sólo su exposición, sino el juicio crítico que al autor le merece lo expuesto, queda dicho que se trata de una Monografía completa.

¿Quiere esto decir que no tenga algún pequeño lunar? Son pocos y mencionaré alguno de ellos.

Está dedicado el capítulo primero á hacer una reseña histórica que termina en el *Tratado de Cirugía* de Duplay y Reclus, con una bibliografía extensa que comprende desde el año 1805 hasta 1892.

Ocúpase en el segundo capítulo en hacer algunas consideraciones anatomo-fisiológicas sobre la vejiga urinaria, para en el tercero estudiar el concepto clínico de la cistitis tuberculosa.

Este capítulo está subdividido en varios subcapítulos: en el primero se dedica á dar una idea general de la tuberculosis, según los estudios modernos. Algunas de las ideas vertidas conviene recordarlas. Dice «la unidad de la escrófula y la tuberculosis descansa sobre hechos positivos, unos anatomo-patológicos, otros experimenta-

les y otros clínicos». Otra afirmación es «que la tuberculosis es una enfermedad general infecciosa producida por el bacilo de Koch». La verdad es que no es muy fácil de compaginar esta afirmación con admitir más adelante una tuberculosis primitiva, en todo el rigor de la palabra, de la vejiga de la orina y con el siguiente párrafo: «En la piel penetra el bacilo por heridas sin importancia, pero que se van renovando y transformando en ulceración; los ganglios vecinos se ingurgitan y hasta á veces se hacen caseosos, pudiendo correrse poco á poco la infección por la vía linfática hasta generalizarse (Tuffier ha referido un caso)», y otros también, añadiré, y tal vez un poquito antes que Tuffier, pero claro es, como tales observaciones estaban escritas en español, no tiene nada de extraño que fueran desconocidas.

Sigue después el estudio de los caracteres de la tuberculosis genito-urinaria, que comprende el examen de las relaciones de la tuberculosis genito-urinaria con las demás localizaciones tuberculosas, del pulmón, de las serosas, ósea articular, subcutánea, etc.; la manera cómo se tuberculiza el aparato genito-urinario y cada uno de sus órganos, analizando lo referente á la infección por vía uretral, á la infección por vía circulatoria; analizando cuanto se refiere á la tuberculosis descendente y ascendente; á la infección propagada por continuidad de tejido desde los órganos vecinos; definiendo, por último, la cistitis tuberculosa y exponinendo lo que la diferencia de la tuberculosis vesical.

Sigue después expuesto, con toda la amplitud necesaria, cuanto se refiere á la etiología, síntomas, marcha, duración, terminación y diagnóstico de la cistitis tuberculosa.

El capítulo IV está destinado al tratamiento, que divide en tratamiento profiláctico, higiénico (en el cual coloca las aguas mineromedicinales), médico, subdividido en general y tópico, y, por último, el tratamiento operatorio. En este último, estudia el tratamiento quirúrgico radical, estudiando en párrafos aparte lo referente á la vía hipogástrica, la vía perineal, los métodos de cura radical en la mujer. Sigue después el estudio del tratamiento quirúrgico paliativo, y en en este párrafo, por cierto, describe la talla hipogástrica tal como la hace Guyón, y la serie de modificaciones, simplificaciones y complicaciones, que se han introducido en el manual operatorio; y después estudia la vía perineal. En la intervención quirúrgica paliativa en la mujer, estudia la dilatación simple de la uretra y cuello vesical y la producción de una fístula vesico-vaginal. Al ocuparse del pri-

mer medio, encomia, y con gran justicia, al Dr. Esquerdo, que de este asunto se ocupó en el Congreso Hispano-portugués de Cirugía; por cierto que entonces le hice yo notar á dicho doctor, que tal procedimiento lo empleaba con gran frecuencia el Dr. Creus, y si á esto pudiera contestarse que no se conocían tales hechos, no estará demás decir que allá por el año de 1892 se publicaron, entre otras, una historia que dice: *Tuberculosis de la vejiga en una mujer. Tratamiento: divulsión uretral con el objeto de dar reposo á la vejiga.*

Estudia después el desagüe de la vejiga por las vías naturales y el tratamiento quirúrgico mixto, y termina haciendo un juicio crítico acerca de los medios que acaban de mencionarse, y entiende que en el caso «de cistitis tuberculosa muy dolorosa ó sujeta á abundantes hemorragias, si no se cree el práctico autorizado para intentar la operación curativa ó radical, no vacile en incindir el periné, contentándose con dilatar el cuello vesical y establecer un buen desagüe ó haciendo una verdadera talla pre-rectal, según las circunstancias». Esto en lo que al hombre se refiere; y en la mujer se pronuncia en pro de la cistotomía vaginal.

Termina la Monografía con el estudio del pronóstico de la tuberculosis vesical.

Como se ve por este rápido resumen, la Monografía es completa: en el terreno científico apenas si se le pueden poner reparo alguno, y así se debe hacer constar, es decir, es una excelente Memoria que debe leerse; y así se deduce de lo que acabo de exponer acerca de la misma, porque de lo único en que tal vez haya reparo, es en que no se trata de una Monografía española, sino de una Monografía que refleja la ciencia extranjera escrita por un español.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 11 *de Febrero de* 1901.

Un caso de lupus eritematoso en tratamiento por la fototerapia.—El *Dr. Pardo Regidor* presenta un enfermo que, procedente de la consulta pública de su Instituto Dermatológico y que ha diagnosticado de lupus eritematoso, está

siguiendo el tratamiento fototerápico, á la manera del que emplea en su Clínica el profesor Finsen, de Copenhague.

Como antecedentes patológicos, tanto individuales como de familia, no hay ninguno que pueda lógicamente relacionarse con el estado actual del enfermo. Sólo refiere el paciente que hace diez años, cuando cursaba la carrera de veterinario, y durante su asistencia al quemadero de reses, vió aparecer en el dorso de la nariz un punto rojizo, minúsculo, seguido de vivo prurito, que ganaba en extensión é invadía diversas regiones de la cara, llegando á ocupar casi la totalidad de la misma.

En efecto, cuando vimos este enfermo en la Academia pudimos apreciar que la frente, nariz, mejillas, los carrillos, labios, mentón y los pabellones de ambas orejas, eran asiento de tan bizarra enfermedad.

Hizo el Dr. Pardo Regidor algunas consideraciones exponiendo que en su enfermo se representaba típicamente la variedad eritemato-folicular, en forma de discos claramente dibujados. Es una lesión que tiene un comienzo eritematoso á evolución centrífuga, excéntrica, bordeándose de una zona elevada, cubierta de escamas adherentes, cretáceas, mientras que el centro es deprimido, atrófico, cicatricial. Puede invadir diversas regiones del cuerpo, y en el cuero cabelludo determina alopecias cicatriciales definitivas. Aun cuando menos frecuente, se observa á veces en las mucosas de los labios, en el interior de los carrillos, en el paladar y en la laringe.

Su marcha es progresiva, si bien al cabo de quince ó veinte años tiende por sí mismo á la curación espontánea. La lesión anatómica del lupus eritematoso es una inflamación de la piel que conduce á la degeneración y á la atrofia. Las glándulas sebáceas, las sudoríparas y todos los tejidos, todas las capas de la piel, hasta el tejido celular subcutáneo, puede ser el asiento de la enfermedad.

Diversas opiniones militan en el campo de la ciencia acerca de la naturaleza del lupus eritematoso. El Dr. Pardo Regidor cree que pertenece al grupo de los procesos tuberculosos, apoyándose en sus observaciones personales y en la opinión de eminentes dermatológos franceses y alemanes, figurando al frente de los primeros el Dr. Besnier. Además la estadística de Roth es altamente significativa, puesto que de 250 enfermos sometidos á su observación, en 180 ha visto lesiones tuberculosas, ora en los ganglios, ó en los huesos, ó en los pulmones, reaccionando todos estos sujetos á la tuberculina de Koch. Se aparta de la opinión de Kaposi, el que dice que el lupus eritematoso es una atrofia cutánea, y de la del gran Hebra, que da á este padecimiento el modesto calificativo de seborrea congestiva. No he de esforzarme, dice, en hacer un diagnóstico diferencial porque sería infructuoso; el que no ha visto enfermos cutáneos es muy difícil que se haga cargo de los caracteres de las lesiones por la descripción, aun cuando ésta sea minuciosa y detallada; por eso presento al enfermo para que veáis por vuestros propios ojos la característica clínica. A propósito de esto recuerda su aprendizaje dermatológico en las Clínicas de París, donde la enseñanza dermatológica se hace á la cabecera de los enfermos.

Expuso el tratamiento clásico, que es el que él emplea, consistente en la escarificación lineal cuadrilátera ó en la cauterización ígnea con el galvano cauterio. Cuando el enfermo es pusilánime se sustituyen estos medios cruen-

tos por los cáusticos químicos, como por ejemplo, una solución saturada de ácido pirogállico en éter, que se fija después con la traumaticina. La ampolla resultante se abre á los tres ó cuatro días, y se hacen las curas con arreglo á los procedimientos comunes de la asepsia. Empléese cualquiera de los medios terapéuticos indicados, no basta una sola sesión, es preciso repetirlas, en ocasiones 8 ó 10 veces por lo menos. La extensión de las lesiones eran un poderoso obstáculo para poner en juego los procedimientos curativos indicados en este enfermo, motivo por el cual se acudió á la fototerapia.

Este medio de curación consiste en la aplicación de los rayos químicos de la luz (azules, violetas y ultra violetas) con exclusión de todo rayo térmico. La luz puede ser la solar ó la eléctrica, que se concentra por medio de un sistema de lentes de cristal de roca, enfriándola, para lo cual se la hace pasar por una capa de agua destilada. Como quiera que la sangre es un obstáculo á la penetración de luz en los tejidos, es necesario dejar exangüe la región que se ha de tratar, valiéndose al efecto de cristales huecos que ejercen una fuerte presión sobre la piel, por los cuales pasa, durante la aplicación del tratamiento, una corriente, no interrumpida, de agua fría, quedando de este modo eliminado todo peligro de acción térmica. El enfermo es tratado una ó dos veces por día, durando cada sesión una hora y cuarto próximamente. La placa lúpica se coloca en el mismo foco de luz concentrada. El tratamiento es absolutamente indoloro, llegando el enfermo á quedarse dormido durante la sesión. Hay que repetir muchas veces el tratamiento sobre el mismo sitio. El efecto se caracteriza por una rubefacción local, generalmente seguida de vesículas, sin ocasionar *jamás* pérdida de substancia, efectuándose una retrogradación de la lesión, como se observó en el enfermo presentado á pesar del escaso número de sesiones que llevaba de tratamiento en el Gabinete Fototerápico del Dr. Farinós.

Expuso por fin la gravedad que encierra el pronóstico, tanto por la duración de las sesiones, como por las cicatrices resultantes, y sobre todo por la facilidad con que estos enfermos tienden á tuberculizarse, como lo prueban numerosas observaciones. El mismo Kaposi afirma que se tuberculizan más fácilmente que los de lupus tuberculoso, en el que como es sabido se ha comprobado la existencia del bacilo de Koch.

El Dr. Azúa: Consagrando al caso la atención que se merece, voy á decir mi opinión (que no tiene autoridad ninguna por ser mía, sino porque representa la de un grupo tan numeroso como respetable) sobre la naturaleza del lupus eritematoso. Están divididas las opiniones en dos grupos: uno de ellos, declara no se sabe hoy cuál es la etiología del lupus eritematoso, y se atiene sólo á los datos anatómicos para clasificar la enfermedad. En mi clasificación está estimada la enfermedad como una dermitis degenerativa atrófica. Forman el otro grupo, los que creen es el lupus eritematoso una lesión tuberculosa ó una toxituberculide. Los que pensamos del modo primeramente indicado, lo hacemos fundándonos en que ni la textura anatómica, ni la investigación bacteriológica, ni las inoculaciones experimentales, han aportado ni una sola vez, datos en favor de la etiología tuberculosa. Estas afirmaciones, que son reconocidas como ciertas, aun por los partidarios de las relaciones entre la tuberculosis y el lupus eritematoso, bastan para probar plenamente que no es una enfermedad directamente tuberculosa. Exami-

nemos la hipótesis de que sea una toxitubercúlide. Partiendo de algunos hechos ciertos, relativos á coexistencias clínicas, de lesiones tuberculosas y ciertas dermatosis de variadas formas, se ha extendido mucho la doctrina de las toxitubercúlides, y á mi juicio, de un modo erróneo en muchos casos. Para algunos dermatólogos, casi todo lo que no se sabe lo que es, tiene probabilidades de ser una toxitubercúlide, siendo, á mi juicio, más seriamente científico declarar nuestra ignorancia actual é investigar más acerca del problema.

El argumento principal reside en la citada coexistencia clínica, y seguramente es cierto, en determinadas condiciones, pero se exageran tanto, que hasta se llega á la admisión de toxitubercúlides, porque en la familia del enfermo haya antecedentes tuberculosos ó exista algún pariente con procesos tuberculosos. Esto es evidentemente un modo de juzgar poco exacto cuando no hay otras razones. Por mi parte, he visto indudables casos de toxitubercúlides en sujetos tuberculosos de una ú otra parte, con diagnóstico clínico ó post-mortem. No puedo menos de recordar también, por lo que á la influencia toxémica de los productos tuberculosos se refiere, que he tenido en mis salas del Hospital de San Juan de Dios tres enfermos, durante estos dos últimos años, que eran un verdadero vivero de tuberculosis viscerales, articulares, óseas y de piel (lupus tuberculosos típicos), y en ninguno, no obstante haber los tres muerto de verdadera consunción tóxica tuberculosa, se han presentado lesiones cutáneas de tipo toxituberculoso, lo cual demuestra que puede el organismo estar saturado de toxinas tuberculosas y no presentarse como expresión clínica de la toxemia las citadas lesiones.

Circunscribiéndonos al lupus eritematoso, diré que he visto muchos en personas no tuberculosas, fuertes, y en cuya vida ulterior no se han presentado síntomas de tuberculosis. Es también evidente que otras veces los enfermos, tienen tipos tuberculosos ó son tuberculosos, pero esto tratándose de una enfermedad tan espantosamente generalizada, no tiene un valor positivo de relación directa, en cuanto se observan casos sin esas condiciones. El hecho de la reacción de la tuberculina, no es bastante demostrativo, porque algunos procesos no tuberculosos, por ejemplo, la lepra, reaccionan con la tuberculina, y porque, además, ciertos lupus tuberculosos, pseudoeritematosos, por su tipo clínico pueden inducir á error. A este propósito, recuerdo una enferma, diagnosticada de lupus eritematoso, que cuando se practicaron los primeros ensayos con la tuberculina, tuvo reacciones intensas, y en la que andando el tiempo y después de haber mejorado por las inyecciones su lupus, se observó en la periferia de la lesión antigua un brote tuberculoso, de eflorescencias primarias, que luego formaron gruesas pápulas luposas tuberculosas típicas. Si en este caso hubiese faltado la observación posterior, no se hubiera averiguado la verdad.

Respecto del tratamiento del caso por la fototerapia, pienso está perfectamente como ensayo, pues el lupus eritematoso es una enfermedad rebelde y cuya terapéutica proporciona resultados muy desiguales, pues en tanto unos casos se curan bien y pronto, otros resisten de un modo enorme, ó después de no haberse curado en años, se curan en semanas. El enfermo presentado por el Dr. Pardo está mejorado, pero hasta la curación total falta

mucho camino. Debe insistir en el tratamiento y hacernos ver el año próximo el resultado conseguido.

El Dr. Pardo Regidor: El Dr. Azúa, no quiere reconocer la naturaleza tuberculosa del lupus eritematoso, y está perfectamente dentro de su derecho, puesto que esa es su convicción. Yo mantengo mi opinión, enfrente de la suya, porque entiendo que el proceso es bacilar, y como tal, le consideraré hasta que llegue el día en que la histo-bacteriología me demuestre cuál es la patogenia de la enfermedad; mientras tanto, existirán estas controversias á la manera que existieron antes de comprobarse la presencia del bacilo de Koch en el lupus tuberculoso. He de defender la autonomía y los fueros de la Clínica en espera de que demostraciones evidentes, lleven á mi ánimo convencimientos distintos de los que hoy poseo. Soy estusiasta partidario de laboratorio, pero he de lamentarme de la incredulidad que repetidamente se advierte, al hacerse una afirmación clínica, si ésta no va acompañada del bacilo reglamentario. Lo aferrado que estoy á la Clínica, me obliga á distanciarme de Kaposi, del que soy admirador, y que incluye entre las atrofias cutáneas al lupus eritematoso, sin tener en cuenta, que la atrofia es consecutiva, es el resultado final, es la terminación, cosa completamente ajena á la naturaleza del proceso. En un gran número de lesiones, como dice Besnier, tal como la lepra, sífilis, etc., tienen también por terminación una atrofia absolutamente semejante, y el que quiera colocar estos procesos al lado del lupus eritematoso, cometería la más enorme irregularidad nosológica.

La fototerapia está en sus albores, y si hemos de dar crédito á lo que nos han mostrado en el último Congreso Dermatológico de París, es evidente que sus resultados son incomparablemente superiores á todos los medios curativos conocidos hasta la actualidad. Es preciso que confiemos en la honradez y en la veracidad de aquellos observadores que, guiados por un espíritu puro de progreso científico, nos presentan los resultados de sus trabajos para que los sometamos al crisol de nuestra Clínica. Yo no soy hombre de laboratorio, yo no dispongo de laboratorio, yo no tengo tiempo para hacer estudios de laboratorio, y por lo tanto, he de atenerme á lo que enseñan los que se dedican á esta clase de trabajos, tanto es así, que el enfermo presentado, es precisamente la confirmación de lo que expongo, es decir, que quiero comprobar si las aseveraciones de Finsen, á quien creo con toda mi fé, se realizan en Madrid lo mismo que en Copenhague.

El Dr. *Farinós*, que está aplicando la luz al tratamiento de varias enfermedades, hace una buena descripción del aparato y técnica de Finsen. Añade que en el enfermo que se ha visto, la fototerapia ha hecho que se resuelva la infiltración que antes había, y se han presentado lagunas de verdadera piel sana; se han presentado ya glándulas y folículos pilosos; marcha hacia la curación.

Caso raro de ¿angina de pecho?—El Dr. Valle y Aldabalde: Se trata de un enfermo de diagnóstico difícil, dada la clasificación nosológica existente. Era un señor de setenta y tres años de edad, sin antecedentes de familia que tuvieran nada de particular; los propios eran que tenía un reumatismo muscular poco intenso y de marcha crónica, y que desde hacía treinta años padecía un catarro intestinal crónico que le obligaba á unos cuidados extremos.

Sin más antecedentes este señor, hará unos dos meses, empezó á sentir un dolor en todo el brazo izquierdo, dolor casi continuo en pequeño grado, pero en las veinticuatro horas se exacerbaba tres ó cuatro veces, acompañándose de hormigueo, pero sin disnea de ninguna clase; no había regularidad en la presentación de las exacerbaciones; lo culminante era el dolor del brazo, porque la irradiación al tórax no era constante tampoco.

Se apeló al *masaje* sin resultado; se empleó la electroterapia, que en los primeros días le exacerbó, y en los sucesivos no fué mejor, por lo que se suspendió á los diez ó doce días. Se empleó la refrigeración, que tampoco dió resultado, y á todo esto, las exacerbaciones eran mayores y se aproximaban, hasta que ya empezó á presentarse algo de disnea, aunque muy poca; é insisto en esto, porque era una persona sumamente aprensiva, y por pequeña que hubiera sido la molestia respiratoria la hubiera exagerado. Se empleó la quinina, que fracasó también, y, por último, tres ó cuatro días antes de morirse, se presentó una expectoración sanguínea, disnea continua, empequeñecimiento del pulso; no había nada que revelara ateroma en las arterias asequibles á la exploración; tampoco por la auscultación se encontraba signo de lesión órica ni valvular, pero la afección se fué acentuando; la terapéutica, entonces, se dirigió á levantar la energía del corazón con el strofantus, digital, cafeína, etc.; hasta se empleó la cafeína en inyecciones; pero á pesar de la administración incesante de estos medios, el enfermo sucumbió.

Como el cuadro descrito tiene alguna semejanza con el de la angina de pecho, pero no encaja en la descripción clásica de esta enfermedad ni en nada de lo que traen los libros, debo dar cuenta de ello para que el día en que veamos un hombre anciano que comienza á sentir una neuralgia del brazo, no creamos siempre en su inocencia, y nos pongamos en guardia.

Expuesto el caso, agradecería que si alguno de los Sres. Académicos ha visto un caso parecido, tuviera la bondad de exponerle, para enseñanza mía.

DR. TOLEDO Y TOLEDO.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Acta de la sesión científica celebrada el 12 de Diciembre de 1900.

Un caso de fístula vésico-vaginal. — El *Dr. García de Arias* refiere la siguiente historia clínica:

Una señora, á consecuencia de un parto laborioso que tuvo hace siete meses, apreció salida involuntaria de orina el mismo día del parto. Se presentó en una consulta para ser reconocida y tratada. Examinada, se encontró que la enferma tenía una extensa fístula vesico-vaginal transversal, extendiéndose de isquión á isquión la gran abertura; su labio inferior estaba íntimamente adherido al anterior del cuello uterino y el superior á un resto de la pared anterior vaginal, de un centímetro escaso de anchura. Por esta abertura se invertía la vejiga totalmente, y se demostraba, además, que se habían perdido casi tres cuartas partes de la pared vaginal anterior. Por último, á unos dos traveses de dedo del orificio vulvar, existía una gran

brida cicatricial semjanular en la pared posterior de la vagina; aconsejó á la enferma la operación, y aceptada procedió á la intervención.

Previamente anestesiada y desinfectada, hizo lo siguiente:

1.° Incindió la gran brida cicatricial para aumentar el campo operatorio.

2.° Desprendió la vejiga de sus adherencias del labio anterior del cuello uterino y partes laterales, incindió con el bisturí como en el primer tiempo de la histerectomía vaginal, dejando al descubierto unos dos centímetros de tejido uterino; de sus adherencias sobre los isquións, con una tijera curva, y de idéntica manera de la cinta de pared vaginal anterior que quedaba. Con esta maniobra operatoria consiguió la movilidad de la abertura de la vejiga sobre la que iba á operar, y que circundara á ésta una franja de tejido celular.

3.° Practicó una sutura á punto por encima, con catgut del núm 1, de la mencionada abertura de la vejiga, cuidando mucho de colocar los puntos sobre la franja de tejido celular puesta al descubierto con el despegamiento ya practicado. Hubo necesidad de reforzar la sutura en la comisura derecha, hasta obtener la oclusión perfecta de la vejiga, porque tres veces que inyectó líquido coloreado se escapaba por dicho sitio.

4.° Convencido ya por la experimentación de que la abertura vesical estaba cerrada, unió la superficie del cuello uterino, puesta al descubierto, con la banda de pared vaginal anterior, y las partes laterales con puntos entrecortados de hilo de plata. La herida, una vez cerrada, tenía la forma de herradura, extendiéndose hasta la pared vaginal posterior por ambos lados. Colocó diez y siete puntos. Hace constar que en esta operación usó los instrumentos siguientes: un bisturí, una tijera curva pequeña, sonda uretral, una valva, una pinza Muzeux, una pinza Pean, una aguja pequeña y tuercenudos.

Por la distancia en que esta enferma vivía se le dejó sonda permanente. A los diez días quitó los hilos de plata, y al inyectar líquido coloreado se escapaba algo por la comisura izquierda; toda la herida estaba cicatrizada y aséptica, no siendo posible ver la abertura por donde se escapaba el líquido. Aconsejó quietud con la sonda colocada, que se guardó por cinco días más, consiguiendo la oclusión perfecta de esta gran fístula.

El *Dr. Cospedal* ensalza la operación de fístula vesico-vaginal llevada á cabo por el Dr. García de Arias, por haber recaído en una realmente difícil, lo cual demuestra que son curables muchas que á primera vista nos parecen inoperables é incurables.

Refiriéndose á los casos de papilomas, hace mención de uno operado por él, con gran cantidad de líquido ascítico y con un vientre voluminoso. El reconocimiento por la vagina demostró que la tumoración era difusa, bilateral y muy lobulada. Diagnosticada de papiloma doble ovárico-abierto, decidió operarla por laparotomía, y dió salida á una cantidad grandísima de líquido ascítico, encontrándose además con una siembra peritoneal de masas papilomatosas que fué imposible extirpar, haciéndolo sólo de algunas que estaban algo pediculadas. Cerrado el vientre curó perfectamente de la laparotomía, pero al mes existía de nuevo mucho líquido ascítico. Esta enferma marchó á su pueblo y no ha vuelto á tener noticias de ella. Respecto á la cánula que usa el Dr. García no tiene experiencia y no se muestra partida-

rio de ella por los peligros que puede tener, como son los de infección, principalmente la peritonitis y las molestias grandes de las enfermas, por tener una salida constante de líquido, colocándolas en las mismas circunstancias que las que padecen fístulas vésico-vaginales. Cree que esta constante salida de líquido es más molesta que las punciones repetidas. Las reproducciones de líquido ascítico rápidas indican padecimientos graves. Las afecciones que reproducen el líquido ascítico más lentamente, son menos graves; además, la abertura permanente de la cavidad abdominal obliga á una serie de precauciones que muchas veces el médico no puede atender.

El *Dr. García* contestando al Dr. Cospedal dice que no quiere establecer sistemas con las ideas expuestas por ser muy pocos los casos presentados. Las molestias que origina la cánula quedan subsanadas con un tapón de cauchut que la cierra á voluntad.

El Secretario de actas,
RUPERTO SÁNCHEZ.

PERIÓDICOS

Analgesia cocaínica por la vía raquidiana. — En *La Unión de los Médicos Titulares de España* publica D. José Cordero Sora, de Granada, las siguientes consideraciones acerca de este asunto. Dice que la solución de cocaína empleada es al 2 por 100 y requiere la siguiente preparación: elevar la temperatura del baño maría en que se coloca á 80°, durante un cuarto de hora, dejando después enfriar hasta 36 ó 38°, cuya temperatura se mantiene durante tres horas, volverla á elevar á 80° y después hacerla descender á 38°, con cuyas operaciones basta para considerarla esterilizada, aunque se aconseja por algunos repetir esta maniobra dos ó tres veces sin que se alteren sus propiedades. También se han ensayado las inyecciones de diversos narcóticos, como la morfina, atropina, trinitrina y eucaína; pero se han tenido que abandonar por dar mejores resultados la cocaína. Conviene hacer constar que la solución de ésta debe ser reciente, para lo cual aconseja el doctor Sora la práctica que se sigue en el Hospital Provincial de Almería, donde primero ha visto emplear este método, y que consiste en prepararla la tarde antes de usarla, conservándola mientras va á servir en tarritos de cristal con tapón esmerilado fuertemente ajustado. Generalmente dura una solución cuarenta horas; pero conviene que sea solución *fresca*, pues las que lleven preparadas más de cuarenta y ocho horas, deben ser, como dice Tuffier, *descartadas*.

La técnica, es la siguiente: lavada la región lumbar con jabón, primero, y después con alcohol ó éter, se le ordena al paciente se siente en el borde de la mesa de operaciones completamente derecho; después, se manda que lleve los brazos hacia adelante, y que *saque* la región lumbar, de manera que esté un poco encorvada la columna vertebral; hecho esto, quedan visibles ambas crestas ilíacas, se traza con el lápiz dermográfico una línea horizontal, desde el borde superior de una al de la otra; esta línea debe cruzar á la columna vertebral, al nivel de la apófisis espinosa de la quinta vér-

tebra lumbar, cuyo punto se marca con una pequeña cruz. Como á un centímetro hacia afuera y un poquito por debajo hace el Dr. Sora la punción en el lado derecho haciendo que penetre la aguja perpendicularmente; habiendo tomado las medidas con exactitud, se penetra en el espacio interlaminar y después en el canal raquidiano habiendo atravesado el ligamento amarillo; pero sucede con alguna frecuencia, y sobre todo las primeras veces, que la punta de la aguja toca un cuerpo duro (láminas vertebrales) que le impide penetrar; en este caso se saca y hace otra nueva punción, en lugar de intentar que penetre dando diversas inclinaciones á la aguja, pues casi nunca se consigue. Esta nueva punción, se puede hacer en el mismo lado derecho más abajo ó más arriba de la primera; ó bien en el lado izquierdo.

Lo que servirá de guía para saber si se ha penetrado en el canal vertebral, es la salida, por el orificio de la aguja, de algunas gotas de líquido cefalo-raquídeo; en este momento carga la jeringa, que, lo mismo que la aguja, debe estar esterilizada, y hacemos la inyección, procurando inyectar toda la cantidad en un minuto. En cuanto á ésta, la mayoría de las veces que ha visto este procedimiento, ha sido de 15 milígramos, ó sea las $^3/_4$ partes de la cavidad total de la jeringa que empleamos; se pueden poner 10 milígramos y llegar hasta 30, pero con 15 bastan. Retirada la aguja, dió una pincelada de colodion en el sitio ó sitios del pinchazo y espera que empiece á obrar; casi siempre sucede esto á los cinco minutos; pero como regla general, de los cuatro á los diez. Esta acción se manifiesta por picotazos, hormigueos y adormecimiento que, comenzando por el pié, se irradian á la pierna y muslo. Si en este momento se pellizca al enfermo, no sentirá la sensación de dolor producida por el pellizco, y si se le pincha, aunque perciba el objeto que le pincha, tampoco sufrirá dolor. Con estos signos se puede asegurar que la analgesia es perfecta, y, por lo tanto, comenzar á operar.

Cita los casos siguientes de observación:

1.° I. Espinosa, treinta y cinco años: amputación del pié izquierdo, conservando el talón; inyección de 15 milígramos de cocaína. Durante el acto operatorio, el enfermo conversó con los circunstantes. Accidentes después de la operación: cefalea ligera y de corta duración; reacción febril; máximo 38°.

2.° T. Rodríguez, veinticinco años: endometritis y cuello cónico, raspado y amputación; inyección de 9 milígramos, sucediendo el raro caso de no salir líquido cefalo-raquídeo; pero, calculando por la longitud de la aguja, que había penetrado en el canal raquidiano, se practicó la inyección, quedando anestesiada sin ningún accidente durante la operación; después de ella, ligera cefalea de corta duración.

3.° A. Torrecillas, cuarenta y ocho años: hemorroide interna; cuando se le operó, se hicieron cuatro punciones sin resultado; la quinta se practicó al nivel de la apófisis espinosa inmediata superior. Cantidad inyectada, 15 milígramos. Accidentes: ninguno, ni durante ni después de la operación. Este enfermo permaneció una semana en el hospital, marchándose curado.

4.° I. Martínez, cincuenta y cinco años: endometritis y estrechez del cuello. La disolución de cocaína empleada en esta enferma hacía cinco días estaba preparada; cantidad inyectada, 15 milígramos. Accidentes: post-operatorio, ligera cefalea.

5.° U. Padilla, treinta y ocho años : fractura conminuta antigua del femur derecho, con salida al exterior de fragmentos ; amputación por el tercio superior, procedimiento de Teelle á gran colgajo interno. Las tres primeras punciones, no dieron resultados ; la cuarta, se practicó en el lado izquierdo. Cantidad inyectada, 15 milígramos. Accidentes : post-operatorio, ligera cefalea.

6.° M. Gómez, treinta años : trayecto fistuloso en la región sacra, dilatación y legrado ; encontróse trayecto en comunicación con la cavidad pelviana, aplazándose para hacer una laparotomía. Las dos primeras punciones que se hicieron, no dieron resultados ; á la tercera, se penetró en el canal vertebral, inyectándose 8 milígramos. La analgesia, que fué perfecta, duró poco tiempo, siendo preciso terminar la operación con el cloroformo, lo cual se atribuye á la poca cantidad de cocaína inyectada. Accidentes, ninguno.

7.° F. X., veintinueve años : úlceras varicosas en la pierna izquierda ; resección de un trozo de safena y ligadura de algunos satélites. Inyección, 15 milígramos. Accidentes : durante la operación, náuseas ; después de ella, cefalea grande, que duró veinticuatro horas.

8.° S. García, veintiséis años : osteo-mielitis de la tibia izquierda, resección ; inyección de 20 milígramos de cocaína. Accidentes : durante la operación, vómitos y malestar general ; después de ella, ligera cefalalgia.

Además de estos ocho casos, se intentó practicarla en dos casos más, teniendo que desistir, porque no salió por la médula líquido cefalo-raquídeo, suponiendo no estaría dentro del canal raquidiano. La edad de todos estos enfermos, oscilaba entre los veinte y los sesenta años.

Tétanos producidos por una ligera picadura. Extrema gravedad. Curación rápida. — El Dr. D. Juan Albis y Bennasar, publica en la *Revista Balear de Ciencias Médicas*, el caso siguiente :

Se trata de una enferma de veintiún años de edad, soltera, de temperamento sanguíneo-nervioso, constitución bastante robusta, y sin otros datos anamnésticos dignos de mención.

En las primeras horas de la noche del día 13 de noviembre último, sintió una punzada sobre la cresta de la tibia de la pierna derecha, aproximadamente en el punto de unión del tercio medio con el inferior de dicho hueso. Examinóse en seguida el punto dolorido, en el cual se vió una huella semejante á la que deja la picadura de una avispa ú otro insecto parecido ; pero por más que se buscó entre las ropas y en el suelo, no pudo encontrarse la causa de aquella, al parecer, ligerísima lesión.

Transcurrieron quince días sin que experimentara más que algún ligero dolor y cierto escozor en el sitio de la picadura, pero tan ligeros, que no creyó necesario reclamar auxilios facultativos. Al cabo de dicho tiempo, formóse una pequeña flictena sobre el sitio de la picadura ; flictena que, en el espacio de veinticuatro horas, adquirió el volumen de una naranja de regular tamaño. Ni la flictena ni la pierna ofrecían ninguna particularidad que llamase la atención, ni en color ni en tumefacción ; así es que se procedió á dar salida á la serosidad que llenaba aquélla, con la punta de una lanceta, que interesó únicamente la epidermis, á lavarla con una solución de ácido bórico al 4 por 100, y á cubrir la pierna con una capa de algodón fenicado.

De esta manera fué continuando, sin desaparecer el dolorcillo que continuamente había venido sintiendo en el sitio afectado, hasta que el día 5 de diciembre por la mañana, la encontró su madre sin poder moverse apenas, imposibilitada casi de abrir la boca, ni hablar con voz medianamente elevada, con una rigidez general en su cuerpo y en decúbito sobre el lado izquierdo; la pierna derecha fuertemente retraída hacia atrás, como si el talón quisiera apoyarse sobre la nalga, y con un grado de contracción difícil de vencer; los maseteros, fuertemente contraídos y formando relieve, permitían apenas que la boca se abriese algún tanto; tirantez de los músculos de la faringe, que dificultaba en alto grado la deglución, y alguna rigidez en la nuca, aunque no muy pronunciada; ansiedad grande, espasmos musculares, pulso débil, irregular y con una frecuencia de 110 pulsaciones; piel cubierta de sudor, las pupilas muy contraídas con pérdida completa de la visión, y las facultades intelectuales en toda su integridad.

El Dr. Bennasar prescribió dieta láctea; fricciones sobre la columna vertebral con un linimento de esencia de trementina y amoníaco líquido, á partes iguales, otras mercuriales con el extracto de belladona sobre los maseteros y la nuca; enemas con el hidrato de cloral; el clorhidrato de morfina en píldoras de un centígramo, de las cuales sólo pudo la enferma tomar tres, por la gran dificultad de la deglución.

Lejos de producir este tratamiento resultado alguno favorable, la enferma se fué progresivamente agravando.

En este estado transcurrió el segundo día, acentuándose la gravedad de los síntomas hasta tal punto, que se decidió ensayar una poción polibromurada á fuerte dosis, que formuló de la manera siguiente:

Agua de azahar		180 gramos.
Bromuro de potasio	aa	10 —
— de sodio		
— de alcanfor		

Mézclese para ser administrada en tres enemas, con el intervalo de dos horas entre cada una de ellas.

Al amanecer del día siguiente con gran sorpresa la encontró el doctor Bennasar bastante mejorada, con remisión notable de todos los síntomas tetánicos ya descritos, pues ya le era posible alargar la pierna contraída, aun que con cierta dificultad, abría bastante más la boca, podía tragar la leche, y el pulso se había regularizado, bajando á 90 las pulsaciones; pero persistía aún la contracción de las pupilas y la pérdida de la visión.

En vista de esta inesperada y notable mejoría, se resolvió reiterar la propia fórmula, aunque distanciando las dosis á seis horas, una de otra.

El resultado fué que desaparecieron los síntomas tetánicos, no persistiendo más que los trastornos de la visión, la cual reapareció al día siguiente en el ojo derecho, y á los dos días en el izquierdo. Muy pocos transcurrieron cuando ya la enferma pudo dejar el lecho, y hoy completamente restablecida, se está dedicando á sus habituales ocupaciones.

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 19 *de Febrero de* 1901.

Etiología y patogenia de la fiebre biliosa hemoglobinúrica en los palúdicos.— El Dr. Troussaint saca de sus observaciones las conclusiones siguientes:

1.ª Hay una relación íntima de causa á efecto entre la infección palúdica y el síndrome descrito con el nombre de fiebre biliosa hemoglobinúrica de los países cálidos;

2.ª El síndrome de esta fiebre se realiza por un proceso de desmineralización sanguínea, pasajero, especial, consecutivo á las alteraciones hepáticas debidas al paludismo;

3.ª El tratamiento de esta forma especial de paludismo debe consistir: *a*), en el empleo de las sales de quinina á pequeñas dosis; *b*), en la mineralización del plasma sanguíneo por inyecciones hipodérmicas y, si es necesario, intravenosas de la disolución fisiológica de cloruro de sodio; estas inyecciones se oponen á la globulolisis, activando la depuración urinaria y favoreciendo así la eliminación de la urea, de la bilis y del azúcar, agentes desmineralizadores; activan á la vez la propiedad isotónica del suero sanguíneo.

Hematemesis apendiculares, su frecuencia. La apendicitis es una enfermedad nueva. — El Dr. Lucas Championnière: Sin pretender estudiar detenidamente el mecanismo de producción de las apendicitis, creo que es posible relacionarlas con los vómitos negros que los cirujanos conocen y observan principalmente en los casos de septicemia peritoneal. Parece, según la descripción del Dr. Dieulafoy, que inauguran la escena los vómitos negros, á los que siguen otros de sangre, debidos á una ulceración pilórica.

He observado varias veces estos vómitos negros en los casos de cirugía abdominal, y por vez primera, hace poco tiempo, en un enfermo de apendicitis. Estos vómitos se observan en cirugía abdominal, principalmente después de las operaciones practicadas por cánceres ováricos y peritoneales que exponen con tanta facilidad al envenenamiento rápido y difuso del abdomen. ¿La enfermedad peritoneal, que hace tan susceptible el peritoneo, predispone á reflejos de éste sobre el estómago? He observado casos que corroboran, al parecer, dicha hipótesis.

Los accidentes siguen, de ordinario, la marcha siguiente: vómitos verdes ó muy fluídos, abundantes, á los que siguen al poco tiempo otros negros, color del poso del café, abundantes también; los últimos vómitos presentan más ó menos estrías de sangre. En el estómago, al hacer la autopsia, se encuentran substancias negruzcas, sangre y congestionada la pared estomacal.

Creo que estos casos son análogos por completo á los descritos por el

Dr. Dieulafoy. En los enfermos que he observado había, además, un estado parético completo del intestino, que no expulsaba gas alguno.

Creí, desde mis primeras observaciones, que el pronóstico de estos vómitos era fatal en absoluso. Pero algunos casos felices me han demostrado que el enfermo puede curar. He obtenido, lo menos tres veces, en casos desesperados al parecer, éxitos rápidos y notables por el lavatorio del estómago con una disolución alcalina y por las inyecciones abundantes de suero artificial. Precisamente, mi último caso feliz recayó en un enfermo de apendicitis.

No debe desesperarse, por lo tanto, y creo que estos casos son idénticos á los de las grandes septicemias abdominales post-operatorias, y lo prueba el que casi todos los enfermos del Dr. Dieulafoy eran operados.

Me ha llamado la atención otro hecho en el trabajo del Dr. Dieulafoy: el número considerable de casos que ha observado de este accidente tan grave, que debe caracterizar un caso raro de apendicitis. Sé que ve muchos enfermos de esta clase, más que nadie, pero aun así, la cifra de estos casos graves es elevada y me hace suponer que si dichos accidentes hubieran sido antes tan comunes, habrían llamado la atención de los observadores. Los hubieran interpretado mal, pero los hubieran visto. Concedo una gran importancia á la reflexión.

La opinión general acreditada de estos últimos años, es que la apendicitis, que resulta de la presencia del apéndice, de una disposición anatómica, ha existido siempre, que es la tiflitis ó la peritiflitis antigua mal interpretada, y que si no se había observado la apendicitis antes, es sencillamente porque no se la conocía.

Esta proposición es exacta, pero sólo en parte.

Desde hace algunos años la apendicitis se ha multiplicado de tal modo en sus formas más graves, que es imposible creer que un número tan elevado de casos de muerte haya podido librarse de la observación tan perspicaz de nuestros antecesores.

De la observación de los hechos, resulta para mí que si la apendicitis no es una enfermedad nueva, porque la apendicitis ha existido siempre y ha sido siempre susceptible de diversas alteraciones, no es menos cierto que su frecuencia extremada y su gravedad común son hechos nuevos, y se comprende, porque estamos algo desorientados por esta nueva patología, porque nos ha costado al principio algo más trabajo aceptar las prácticas quirúrgicas nuevas que los jóvenes que, llamados en los hospitales para los casos urgentes, los han visto al principio con algo más frecuencia que nosotros. Después los hechos se han multiplicado, se han hecho corrientes, y los hemos observado y operado en bastante número; y los encontramos de nuevo diariamente en forma que al principio no habrían llamado nuestra atención. Estoy persuadido de que además de las formas infecciosas, violentas, tan brillantemente descritas por el Dr. Dieulafoy, que además de las formas ordinarias de repetición, existen otras crónicas que son perniciosas y precisa conocer.

Pero, me diréis, ¿qué prueba que estos hechos son nuevos y no que los hemos desconocido?

Ante todo, señores, la frecuencia grandísima de estos accidentes graves

que se hubieran observado aunque no hubiera sido posible interpretarlos.

Hace poco tiempo el Dr. Pinard trazó un cuadro terrible de la apendicitis en la mujer embarazada, y citó tres casos de muerte. Son muchos los observadores que han referido casos análogos. Durante diez años que me dediqué á la práctica de los partos y fuí cirujano de la Maternidad, no observé caso alguno de apendicitis. Después, sin dedicarme á la obstetricia, los he observado.

Desconocíamos la apendicitis, pero conocíamos perfectamente los abscesos de la fosa ilíaca. Desde el principio de mi práctica fuí partidario de la abertura precoz de estos abscesos. He formado una estadística con los casos de este género que he operado durante veinte años. Su número se eleva á 34 abscesos puerperales, cuyo origen era el ligamento ancho, y muchos de los cuales ocupaban el lado izquierdo. Desde 1899 á 1900, he abierto 19 abscesos más de este género. Esta estadística demuestra que las operaciones frecuentes de apendicitis, en vez de disminuir la frecuencia de estos abscesos la han aumentado.

Es interesantísimo saber si la apendicitis es una enfermedad nueva ó ha existido siempre. Conocidos el origen y la naturaleza de la apendicitis, obtendríamos datos importantes para la profilaxis.

Según el Dr. Faisans, la grippe es capaz de producir la apendicitis. No lo niego, pero creo que tieben tenerse en cuenta otras condiciones. El apéndice tiene una red linfática considerable que comunica extensamente con los linfáticos del ovario y del útero. Estos linfáticos están dispuestos de un modo admirable para la absorción de las substancias sépticas. En los casos de infecciones intestinales, y sobre todo de acumulación de excrementos en el intestino, la infección puede propagarse al apéndice y este es el origen de todos los accidentes. Estas infecciones se han multiplicado con ciertas epidemias, con la grippe en particular. Pueden encontrar el intestino preparado por ciertas causas, por ciertas faltas de la higiene general, al frente de las cuales figura el exceso de alimentos animales.

La apendicitis es más frecuente en los países, como Inglaterra y América donde se consume mayor cantidad de carne. En las grandes poblaciones de los Estados Unidos la apendicitis es tan general, que según Keen, en Filadelfia la padece la tercera parte del vecindario.

He observado muchos casos de apendicitis en jóvenes que consumían alimentos animales, cuando su alimentación debía ser exclusivamente láctea. En bastantes casos de apendicitis sobreaguda, los enfermos, según mi información, se alimentaban exclusivamente con carne. Los purgantes, único medio de obtener la antisepsia intestinal, se emplean hoy con menos frecuencia que antes. No sorprenderá, por lo tanto, que las enteritis, las infecciones intestinales y la apendicitis sean tan frecuentes.

Creo firmemente en esta generación, en esta sucesión de las infecciones intestinales. Creo que el parentesco de estas infecciones y de la apendicitis es tan estrecho, que induce á errores de diagnóstico. Explica la divergencia de opiniones sobre la curabilidad de la apendicitis, porque los que padecen infección intestinal sin apendictis, curan sin operación, mientras que los que tienen verdaderamente apendicitis sólo curan por la ablación del órgano enfermo.

En èstos enfermos, que presentan algunos síntomas análogos á los de la apendicitis y fáciles de confundir, los accidentes desaparecen con un purgante. Es para mí el origen de una convicción absoluta, de una confianza ciega en la medicación evacuante. Los purgantes favorecen la evacuación de todos los tóxicos del intestino. El opio favorece la estancación y la invasión del apéndice que podría evitarse. Creo que si se aceptara esta idea de la apendicitis, enfermedad nueva, se daría un gran paso hacia su profilaxis.

Esta comprende la higiene de la alimentación y el tratamiento de todas las infecciones intestinales por los purgantes.

En la terapéutica de las infecciones intestinales se desechan los purgantes por dos razones. La primera porque favorecen el desarrollo de la peritonitis, mientras que la inmovilización del intestino impide su desarrollo. Hace mucho tiempo que en cirugía abdominal hemos desechado esta preocupación al saber que la infección es la única causa de estas peritonitis, y que un purgante es el mejor profiláctico y hasta el mejor agente terapéutico. La otra razón de desechar el purgante es el temor de la perforación intestinal. Esta razón está fundada en ciertas circunstancias. Cuando existe una perforación del intestino, el purgante puede tener inconvenientes que se han exagerado.

En la actualidad, se produce un movimiento de reacción. En América, donde el opio y el hielo se han recomendado tanto, muchos observadores han vuelto á emplear los purgantes. Hutton, de Chicago, Gordon y Bernays, de San Luis, los defienden. Este último cirujano cree que, aun en el caso de perforación intestinal, puede emplearse sin inconveniente á las veinticuatro horas un purgante.

El purgante debe emplearse para impedir la evolución de la infección intestinal hacia la apendicitis. Debe emplearse después de la operación para evitar los trastornos secundarios de la paresia intestinal.

Creo que son útiles estas reflexiones que á primera vista parecerán extrañas. Conviene conocer estas formas graves de la apendicitis, aunque por desgracia la intervención no es muy útil. Es necesario apresurarse á operar porque la operación es el único medio eficaz. Pero aunque se opere sin perder tiempo, muchos casos se hallan fuera del alcance de nuestros medios de acción.

Es preciso prevenir la evolución de estos casos, y estoy convencido de que únicamente estudiando las causas de la multiplicación y de la gravedad de la apendicitis, conseguiremos conocer mejor las necesidades operatorias y contener el desarrollo de un mal que toma proporciones alarmantes.

El Dr. A Robin : Insistiré sobre dos cuestiones que plantea la comunicación del Dr. Championnière.

La primera es la de las condiciones que predisponen á la apendicitis. Una de ellas es la dispepsia hiperesténica con hiperclorhídria, en la que los enfermos consumen de ordinario una gran cantidad de alimentos azoados y que va acompañada en la mayor parte de los casos de éxtasis cecal de materias fecales anormales, ácidas, sitio de fermentación de productos irritantes. Estas materias deben sus propiedades nocivas á una preparación gástrica viciosa. La prueba es que de 1585 casos de dispepsia hiperesténica con hiperclorhídria, he observado 82 veces accidentes apendiculares, é ignoro que

exista un padecimiento en el que los accidentes de este género se presenten en tan gran proporción.

Las materias fecales de estos enfermos son anormales. En efecto, si se compara el ázoe de la ingesta con el de las heces, se ve que en la dispepsia hiperesténica la pérdida es de 12'61 por 100, en vez de ser de 5'4 por 100, como en estado normal. Este dato químico apoya la opinión expuesta por el Dr. Championnière, cuando invoca en la génesis de la apendicitis la influencia de una alimentación azoada muy abundante. Es difícil, en efecto, que el ciego y el apéndice no reaccionen ante este éxtasis de materias fecales ácidas, de composición anormal, irritantes, sobre todo cuando el éxtasis se prolonga durante mucho tiempo, lo que es la regla en la dispepsia hiperesténica.

La segunda cuestión se refiere á los purgantes. Hoy, en cuanto se siente un dolor en el punto de Mac Burney, se administra el opio. En 1897 defendí el empleo de los laxantes, y manifesté que el opio, tal como se administra, es capaz de agravar una crisis apendicular incipiente. Desde entonces me he afirmado en mi opinión, y jamás vacilo en los dispépsicos hiperesténicos, no bien descubro una acumulación fecal dolorosa, en prescribir el aceite de ricino. Esta práctica jamás ha producido accidentes, y creo que he evitado, por un tratamiento tan sencillo, muchas crisis apendiculares verdaderas.

Inútil es decir que no considero los purgantes como un medio de tratamiento de la apendicitis, sino como un medio profiláctico, superior á la ilusoria antisepsia intestinal, y que se dirige á una de las condiciones generadoras más importantes de la enfermedad apendicular.

El Dr. Labbé: La Academia me permitirá recordar que hace mucho tiempo he insistido sobre las relaciones de la apendicitis con los abscesos de la fosa ilíaca. Cuanto á las relaciones de la apendicitis con la grippe, conviene recordar que Julio Simón creía que esta enfermedad, infecciosa en alto grado, es una de las causas más frecuentes de la apendicitis. Había observado que en cuanto se desarrolla una epidemia de grippe, los casos de apendicitis y de abscesos apendiculares, se hacen mucho más frecuentes.

El Dr. Lancereaux: Creo que los purgantes deben emplearse, sobre todo, al principio de la apendicitis. En un caso reciente, he visto accidentes de forma apendicular curar después de administrar durante dos ó tres días purgantes repetidos.

El Dr. Championnière: Conviene que no haya confusión en lo que he dicho. No he querido decir que curo la apendicitis con los purgantes. Me he referido á los efectos benéficos de éstos en las infecciones intestinales capaces de engendrar la apendicitis; hasta he indicado su empleo útil en el curso del tratamiento de la apendicitis. Pero cuando se diagnostica ésta, sólo hay un tratamiento verdadero: la operación. Es preciso extirpar el apéndice. Nunca me cansaré de repetirlo.— F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 20 *de Febrero de* 1901.

Tratamiento de los tumores malignos inoperables é recidivantes por la quinina (método de Jaboulay).—El Dr. Lannois: La mujer que os presento, de cincuenta y un años, con un escirro de la mama, la he tratado por las inyecciones de clorhidrosulfato de quinina. Seis meses antes, la neoplasia había invadido toda la mama izquierda, la cual tenía la piel ulcerada, por donde salía un líquido sanioso y fétido; algunos nódulos cutáneos de diferente volumen rodeaban la ulceración; el miembro superior del mismo lado era impotente y los ganglios de la axila estaban ingurgitados; además, se quejaba la enferma de dolores en los miembros inferiores y casi estaba paraplégica. No creí practicable, en tal estado, una intervención quirúrgica y recurrí á las inyecciones hipodérmicas de clorhidrosulfato de quinina, preconizadas por Jaboulay. El tratamiento comenzó el día 20 de noviembre; cada dos días le hice una inyección de 50 á 60 centígramos de dicha sal; en totalidad, la hice 54 inyecciones; después se la administró la quinina por la boca, y el tratamiento fué suspendido por completo al comenzar el mes de febrero. El resultado ha sido el siguiente: el tumor, las nudosidades cutáneas y los ganglios de la axila, han disminuído de volumen; la ulceración ha cicatrizado; los movimientos del brazo han reaparecido, desapareciendo en cambio los fenómenos dolorosos y paralíticos, y ha mejorado notablemente el estado general.

El Dr. Poirier: He visto la enferma del Dr. Lannois antes del tratamiento, y es indudable que las inyecciones han producido una notable mejoría.

El Dr. Berger: No puede negarse que es muy digno de señalarse el resultado obtenido por el Dr. Lannois, pero también conviene hacer constar que aún persiste un tumor profundo, y que los ganglios axilares están ingurgitados; por lo tanto, es conveniente no perder de vista á la enferma para saber si será muy duradera la mejoría.

El Dr. Tuffier: El mismo resultado puede obtenerse con otros medicamentos; tanto es así, que en una enferma con un cáncer ulcerado de la mama, se ha obtenido, aunque persiste el tumor, la cicatrización de la úlcera por medio de las inyecciones de cacodilato de sosa.

El Dr. Bazy: Hasta las lesiones cancerosas más graves pueden algunas veces mejorar y regresar espontáneamente sin ningún tratamiento anticanceroso, como lo he observado en un caso de cáncer de la mama con propagación á la columna vertebral, gibosidad, paraplegia, etc., en el cual, la colocación de un corsé ha sido suficiente para curar las lesiones vertebrales, sin que esto impidiera que el cáncer se generalizara á otros puntos.

El Dr. Quenu: He aplicado este tratamiento de las inyecciones de clorhidrosulfato de quinina en cinco ó seis casos, sin obtener ninguna mejoría. Lo propio le ha sucedido á un enfermo con epitelioma del labio é infarto ganglionar, tratado por el suero de Wlaeff.

El Dr. Felizet: Es digno de llamar la atención el hecho de que la enfer-

ma del Dr. Lannois es de una edad media, lo cual da más importancia á la mejoría obtenida. Por otra parte, no sabemos si estas inyecciones, practicadas después de la ablación del cáncer, impedirían su recidiva.

Del suero anticelular de Wlaeff. — El Dr. Berger: La cuestión doctrinal que afecta al empleo del suero de Wlaeff, seguramente es muy interesante; pero desde este punto de vista, no es el cirujano el que la debe plantear ó resolver; la mayoría de nosotros es incapaz de comprobar los experimentos planteados para el estudio de los distintos sueros; nosotros podremos juzgar los resultados de estos experimentos, pero aquí acaba nuestra competencia, y lo único que podemos decir en la actualidad, es que todavía nos hallamos en el período de mejorar simplemente los accidentes producidos por el cáncer. Por lo que se refiere á la cuestión práctica, he aquí lo que yo puedo decir después de numerosas aplicaciones del suero de Wlaeff en el hospital y en la clientela privada; en la mayoría de los casos ha habido una mejoría considerable del estado general; también he observado á menudo buenos resultados en lo que atañe á las funciones locales, á consecuencia de detener las hemorragias, de disminuir los dolores, etc., aunque la neoplasia en sí misma ni haya disminuído, ni mucho menos se haya observado su desaparición.

El Dr. Nimier: Se ha empleado sin resultado apreciable el suero de Wlaeff en un enfermo, que, después de haber sido operado de un epitelioma de la lengua, tuvo una recidiva acompañada de infarto ganglionar.

El Dr. Reynier: En la sesión anterior nos dijo el Dr. Championnière que el suero normal puede tener el mismo efecto que el suero inmunizado; desde este punto de vista se han hecho varios experimentos que han demostrado lo contrario, de lo cual se desprende que en el suero inmunizado existe algo que realmente ejerce una determinada acción; de todos modos esto no quiere decir que no existan otros sueros capaces de dar algunos buenos resultados, pero creo que el de Wlaeff es uno de los mejores; en cuanto á su aplicación, me parece muy oportuna en el primer período de la neoplasia, puesto que si con él no se obtiene resultado, puede emplearse inmediatamente la ablación.

Sección del peroné y del nervio ciático poplíteo externo. — El Dr. Chauvel: Trátase de una observación que nos ha enviado el Dr. Dubujadoux, referente á un hombre que se había fracturado traumáticamente el extremo superior del femur y seccionado el nervio ciático poplíteo externo; se hizo la sutura de los dos fragmentos óseos, que fué seguida de consolidación, pero no se pudo encontrar el extremo central del nervio para suturarlo al extremo periférico; deseando que la incisión no subiera hacia el muslo, descubrió el nervio ciático poplíteo interno, y en un punto de su trayecto practicó una anastomosis lateral del ciático poplíteo externo. La operación no ha sido coronada por el éxito, puesto que, como antes de ésta, persisten las alteraciones nerviosas y paralíticas.

Resección total del peroné.— El Dr. Chauvel: También nos ha enviado el Dr. Dubujadoux una observación referente á una resección total del peroné por necrosis de este hueso, cuyo interés estriba en que á pesar de no haberse reproducido el hueso, se han conservado perfectamente las funciones del miembro.

Cura radical de las hernias voluminosas.— El Dr. Chauvel: Por último, el mismo Dr. Dubujadoux nos ha comunicado dos observaciones referentes á un niño de quince meses y á un adulto con hernias voluminosas, que contenían el apéndice cecal, el ciego, el colon ascendente y parte del intestino delgado. El autor insiste particularmente en su comunicación diciendo que en estos casos no puede obtenerse la reducción si no se desinserta primero el intestino grueso del escroto, donde está adherido, y una vez éste reducido, si no se hace penetrar después en el vientre el intestino delgado, lo cual se consigue con facilidad.

El Dr. Monod: He tenido ocasión de operar una hernia semejante, la cual he reducido fácilmente, agrandando la incisión por la parte superior.

El Dr. Championnière: Es indudable que cuando se hace una amplia incisión no se encuentra dificultad para reducir estas hernias, como he tenido ocasión de observar en varios casos; en general no hay adherencias; el intestino y el tejido celular han descendido, y se trata de hernias por deslizamiento.

El Dr. Berger: En muchas ocasiones he podido observar lo mismo, al propio tiempo que la hernia por deslizamiento del ciego es menos frecuente y más fácil de reducir que la hernia por deslizamiento de la S ilíaca.

Codina Castellví.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 6 *de Febrero de* 1901.

Tumores cerebrales operados.—El Dr. v. Bergmann: *Primer caso*: El sujeto de treinta y cuatro años que aquí presento es de familia sana, y él, por su parte, nunca ha padecido de trastornos mentales ni de afecciones de otro género que hubiesen podido relacionarse con el desarrollo de enfermedades cerebrales. En 1897 la mujer de este enfermo y las demás personas de su trato observaron que presentaba en la frente unas venas muy gruesas, que se hinchaban mucho con los esfuerzos y con las emociones. El interesado se quejaba de dolores frecuentes de cabeza y de nuca, que se irradiaban profundamente; más tarde adquirieron cierto carácter de regularidad, y á pesar de haberse empleado para combatirlos la electricidad y otros medios, volvían de nuevo á presentarse. Hace dos años observó también el enfermo que no podía ver bien; además, tenía que buscar alguna ayuda cuando andaba por la calle, porque su marcha era insegura y á cada paso temía resbalar. También se presentaron modificaciones en el carácter de este individuo: de tranquilo y juicioso que era antes, se fué volviendo colérico y disputador en unas temporadas, y muy melancólico en otras; así, v. gr., comenzaba á sollozar cuando entraba en la iglesia. Tuvo que abandonar su lucrativa profesión, y sólo podía por entonces estar ocupado en su propia casa. Esto no obstante, no se había debilitado su memoria.

Cuando ingresó en la Clínica quirúrgica presentaba torpeza en el acto de discurrir y lentitud en la palabra, accesos de desaliento y de locuacidad, do-

lores de cabeza intensos y localizados en el lado derecho, y además de todo esto un síntoma acerca del que ya he insistido en varias publicaciones; me refiero á la sensibilidad, á la percusión, de las cubiertas craneales, siendo de notar que en el caso actual era muy notable en este concepto la diferencia entre el lado izquierdo y el derecho, de tal manera, que el paciente se quejaba de grandes dolores en cuanto se le golpeaba un poco en el lado derecho, y hasta se podía circunscribir la zona respectiva. En ambos ojos había papila ectásica, aunque más marcada en el lado derecho, pero no existía ninguna extravasación. Diagnostiqué un tumor de la circunvolución frontal en vista de los síntomas mencionados, que hacían, ya que no seguro, probable al menos, semejante diagnóstico, á pesar de que las lesiones del fondo del ojo más bien hacían pensar en un tumor cerebeloso, confusión que por esta causa se ha cometido muy á menudo en estos últimos tiempos. A favor de la existencia de un tumor de la corteza frontal, deponía la diferencia, que ya había yo observado en un gran número de casos, entre la papila ectásica derecha y la izquierda; hay tumores frontales en que sólo está ectásica la papila del lado enfermo.

Existían, además, los datos de los trastornos atáxicos, de las vacilaciones en la marcha, de las perturbaciones psíquicas, que los allegados del enfermo notaron de un modo indudable, y, sobre todo, el hecho característico de la gran sensibilidad á la percusión, que revelaba el asiento superficial del tumor. En los casos que llevo observados hasta ahora, nunca dejé de encontrar este síntoma. Así como sólo es posible un diagnóstico claro en los casos de tumores de las circunvoluciones centrales, en los casos como el actual hay que atenerse á combinaciones que han resultado exactas.

La operación la practiqué el 2 de diciembre de 1900, según el método de Wagner y tallando colgajos osteo-periostico-musculo-cutáneos. La duramadre tenía un color azulado y aparecía en el punto correspondiente al tumor, más dura que en las zonas inmediatas. Después de incindida, el tumor se vió fácilmente, y también fué fácil su extirpación á causa de hallarse muy bien enquistado. La operación en los casos de tumores difusos, es difícil por el hecho de tener que cortar en tejidos llenos de extravasaciones. A diferencia de los procedimientos que emplean Horsley y Doyen, trato las hemorragias que se presentan en estas circunstancias, taponando el agujero hecho en el colgajo óseo con una tira de gasa iodofórmica, que en los demás casos dejo colocada seis días, y en el actual tan sólo tres. El enfermo se curó bien. El tumor, que resultó por el examen microscópico ser un sarcoma, tenía el tamaño de medio puño; á pesar de ello, la cavidad relativamente grande que quedó, se ocupó con tal rapidez con la substancia cerebral, que comenzó á hincharse, que hasta se produjo un prolapso cerebral que no tardó mucho tiempo en aplanarse y retraerse. La facultad visual mejoró regularmente en el lado derecho, y de un modo sorprendente en el izquierdo. El éxtasis ha desaparecido por completo en ambas papilas, sin embargo de lo cual, la izquierda está algo blanca y la derecha lo está completamente.

Segundo caso.—Se refiere á la joven de doce años que aquí presento, y que ha sido operada en marzo de 1900. Proviene de una familia en la que ha habido casos de reblandecimiento cerebral y de enfermedades mentales. A la edad de cuatro años padeció el sarampión y después otorrea, que duró con

intensidad variable hasta los ocho años. En la primavera de 1897, se presentaron ataques de cefalalgia que interesaba todo el lado derecho, y vómitos de masas mucosas, sobre todo por la mañana. Ocho semanas después, aparecieron convulsiones en el lado derecho, aunque más marcadas en la mitad homónima de la cara, y acompañadas de nistagmus. En la mayor parte de los ataques, la cara quedaba después torcida durante cinco ó más minutos. Estos ataques se repitieron mucho, y después del último, la enferma quedó privada de conocimiento. En un hospital creyeron que se trataba de un absceso relacionado con la otorrea, y abrieron con el escoplo la apófisis mastoides, pero sin ningún resultado, puesto que después de una mejoría transitoria, se presentó una cefalalgia intolerable y acompañada de vértigos, ataques convulsivos y vómitos diarios. Después practicaron en otro hospital otra operación, de la cual, además de la gran cicatriz que dejó, sólo sé que salió mucho líquido cerebro-espinal, pero que no se encontró nada de particular. Volvió á salir la paciente del hospital, y durante algún tiempo se sintió bien, pero al fin se presentaron de nuevo síntomas más acentuados que antes, tales como dolor de cabeza, vómitos, una sensación especial de vértigo, marcha vacilante, etc.

Cuando esta enferma ingresó en mi Clínica, comprendí que el líquido que salía por el orificio de punción, que no se había cerrado todavía, no era líquido cerebro-espinal, sino un líquido seroso, muy albuminoso y que se coagulaba con gran rapidez, deduciendo de estos caracteres que se trataba de un tumor quístico. Para la operación tracé un colgajo de base inferior; de intento no evité la lesión del seno transverso, porque me había enseñado la experiencia de otros casos que no siempre acarrea trastornos; por el contrario, pasé á través del seno transverso y cohibí la hemorragia, taponando en el trozo de hueso. Por la amplia abertura que llegaba á la tienda del cerebelo, pude ver que se trataba realmente de un quiste que extirpé al mismo tiempo que una gran cantidad de substancia cerebral. La paciente toleró muy bien tamaña intervención, y se curó completamente. La inteligencia se halla en buen estado, tanto que la joven pudo recitar una larga poesía de Navidad. La marcha es segura, y no han vuelto á presentarse vértigos ni vómitos. El microscopio demostró que existía tejido gliomatoso; sin embargo, no se ha podido hacer todavía un diagnóstico terminante.

Enfermedad de Little. — El Dr. Joachimsthal: La niña de cinco años que aquí presento, padece la enfermedad de Little, ó rigidez congénita y espasmódica de los miembros. Esta afección ha sido descrita hace algunos años por Schulthes, de Zurich, pero se le ha prestado después poca atención, no obstante el gran interés que ofrece, tanto en el concepto patogénico, como en lo relativo á su diagnóstico diferencial. Es consecuencia de trastornos cerebrales, de obstáculos al desarrollo ó de lesiones traumáticas producidas en los partos difíciles ó prolongados. Va á menudo acompañada de perturbaciones psíquicas más ó menos graduadas y de estrabismo. En el caso actual he practicado amplias tenotomías, y gracias á esto, las rodillas, que estaban aproximadas con tanta fuerza que no se las podía separar, las coloqué en su situación normal, aplicando después vendajes enyesados y obteniendo de ese modo una notable mejoría. Conviene saber que la deformidad mencio-

nada sólo se observa en los casos de enfermedad de Little, pero no en las afecciones espasmódicas no congénitas.

Procedimiento para esterilizar las sondas elásticas de seda. — El Dr. Mankiewicz: El procedimiento que emplea Kümmell, de Hamburgo, para esterilizar las sondas elásticas de seda, consiste en hervirlas durante cinco minutos en una disolución saturada de sulfato amónico neutro $\left(\begin{matrix} SO^2\ OH^4\ N \\ OH^4\ N \end{matrix}\right)$. Este procedimiento tiene la gran ventaja de que no altera el material de la sonda, y al mismo tiempo la esteriliza de un modo irreprochable. En cambio, las demás sondas y bujías, tanto las metálicas como las blandas, se pueden esterilizar perfectamente, pero no se las puede usar en todas las afecciones de la vejiga ó de la próstata, ni tampoco abandonar en manos del enfermo, ó bien si se las puede usar, no se pueden esterilizar perfectamente sin que el material respectivo se estropee ó se vuelva quebradizo; tal sucede con las sondas semiduras de gutapercha y otras análogas.

Hasta ahora han sido infructuosos los esfuerzos hechos por Guyon, Katzenstein, Kuttner, Franck y otros, para encontrar líquidos esterilizadores adecuados. En cambio es sumamente recomendable el procedimiento de Kümmell. Lo que sí conviene es guardar la sonda ya esterilizada en parafina líquida.

Tratamiento del cancroide. — El Dr. Lassar: Aquí presento una enferma, de cuyo tratamiento me encargué en julio de 1900, y en la que existía, á 5 milímetros por debajo de la raíz de la nariz, un nódulo del tamaño de una lenteja, palpable, un poco elevado y cubierto con una costra ensangrentada. Este nódulo, al parecer, había comenzado á desarrollarse tres meses antes, y desde entonces había ido creciendo lentamente, pero de un modo visible, y al mismo tiempo iba acompañado de sensación de calor y de un suave picor. El examen microscópico de un trocito extirpado, demostró que se trataba de un epitelioma. La enferma tomó hasta 1000 píldoras asiáticas de un milígramo de ácido arsenioso cada una, produciéndose la atrofia y absorción progresivas del cancroide. Este resultado viene en apoyo de los casos que presenté en esta misma Sociedad hace ocho años. En uno de ellos la curación se sostuvo seis años y medio, y el enfermo se murió de debilidad senil; en el otro, que tiene ahora setenta y cuatro años, no se ha presentado desde entonces ninguna recidiva.

El Dr. v. Bergmann: ¿Se ha empleado al mismo tiempo algún tratamiento local?

El Dr. Lassar: Ninguno.—R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 25 *de Enero de* 1901.

Parásitos ocasionales del intestino humano. — El Dr. Csokor: Las larvas que aquí presento, corresponden á diferentes períodos de desarrollo de un parásito ocasional del intestino humano, el homalcomya scalaris. También presento cortes microscópicos de las mismas larvas. Las diferentes fases de

desarrollo con que se presentan las larvas en cuestión, que proceden de una deposición humana, revelan haberse verificado en el sujeto respectivo una infección múltiple con los huevos del diptero antes mencionado. La infección debió haberse verificado mediante la ingestión de alimentos que contuvieran dichos huevos. Las larvas pequeñas que corresponden á una época muy temprana del desarrollo de las mismas, no tienen bastante resistencia para oponerse á la acción del jugo gástrico. De la estructura anatómica de la larva, lo que merece una atención más especial es su armazón de quitina, que presenta la forma de un hiodes, en el cual se insertan músculos poderosos que sirven para hacer salir de la faringe un aparato masticador robusto, que también es quitinoso, y que se puede clavar en la mucosa intestinal del sujeto que alberga el parásito.

Ectopia del corazón. — El Dr. Weinberger: Aquí presento un caso raro de dislocación del corazón al lado derecho del pecho, caso que es muy digno de estudio en el concepto etiológico. En efecto, en lo que se refiere á la causa de la dislocación, podemos establecer las siguientes hipótesis: 1.ª, que el corazón estuviera dislocado congénitamente; 2.ª, que lo hubiese empujado hacia el lado derecho algún proceso patológico del lado izquierdo, y que, como sucede en algunos casos, no obstante haberse curado la lesión que produjo la dislocación, persistiera ésta; 3.ª, ó bien que el corazón hubiera sido atraído hacia el lado derecho por algún proceso de retracción atrófica que radicase en este último.

Ahora bien, el examen radioscópico ha demostrado que en este caso la dislocación del corazón ha sido ocasionada por un proceso de induración, combinado con retracción atrófica del tórax en el lado izquierdo. En mi entender, la exploración radioscópica creo que ha de contribuir muchísimo al mejor conocimiento de las dislocaciones del corazón, tanto congénitas como adquiridas.

El sanatógeno en los casos de raquitismo.—El Dr. Hyrntschak: Aquí presento un niño de cinco meses, que padece de raquitismo florido, craneotabes y laringo-espasmo, y que he tratado con el sanatógeno. Cuando la criatura llevaba consumidos unos 80 gramos del medicamento, cesaron por completo los accesos de espasmo laringeo. Con la suspensión del remedio se repitieron los ataques, por cuya razón fué preciso apelar de nuevo al sanatógeno. Creo, por lo tanto, que esta droga es tan eficaz como el fósforo en el tratamiento del espasmo laríngeo. En cambio, no ha mostrado hasta ahora eficacia alguna en el tratamiento de las demás manifestaciones del raquitismo, si se prescinde del brote de los dientes, al que imprime mayor actividad.

Nueva reación del azúcar.—El Dr. Offer: Se mezclan 5 cent. cúb. de orina con una cantidad pequeña de ácido sulfúrico fenilhidracínico cristalizado; esta mezcla se calienta hasta la ebullición, y en la disolución, caliente todavía, se vierten 10 cent. cúb. de una lejía alcalina al 15 por 100. Después que el líquido se haya enfriado por completo, se agita enérgicamente una sola vez, con lo cual, si existen cantidades patológicas de azúcar, toma en el acto el líquido un color rosa subido. Se presentan reacciones análogas cuando se emplean en vez del ácido mencionado el ácido sulfúrico naftilhidracínico ó el clorhidrato ó acetato de fenilhidracina.

Aparato para la anestesia por infiltración según el método de Schleich. — El Dr. Moschkowiecz: Con el aparato que propongo, en vez de emplear una jeringa, preparo antes de la operación una botella que contendrá, bajo una presión mayor que la atmosférica, toda la cantidad de disolución de Schleich que pueda necesitarse durante todo el acto operatorio. El aire comprimido impulsa el líquido y le hace pasar por un tubo de comunicación á un mango metálico hueco que está provisto de una llave de paso y de una cánula de inyecciones.

El procedimiento que se emplea para obtener la infiltración, es sencillísimo. Después de pinchado el cutis, se abre la llave, y en el acto se produce una placa prominente, observándose que, á medida que se empuja más la aguja, se va extendiendo la infiltración. Para obtener la presión atmosférica necesaria y que el aparato no resulte al mismo tiempo demasiado complicado, se emplea una simple jeringa de curaciones. Con tres golpes de émbolo de una de estas jeringas, se consigue aumentar la presión atmosférica del recipiente en el grado necesario. A medida que va saliendo el líquido, va disminuyendo también la presión del aire, como ya se comprende, á pesar de lo cual es suficiente para vencer la pequeña tensión que presentan las capas más profundas de tejido en que hay que inyectar después de atravesada la piel. La parte que maneja el cirujano es de quita y pon, y se puede someter á la acción del agua hirviendo.

Absceso apendicítico operado. — El Dr. Friedlander: En el enfermo á que me voy á referir, se percibía, por medio del tacto rectal, una masa bastante dura y dolorosa que ocupaba la cavidad de Douglas. Colocado el sujeto en decúbito lateral izquierdo, se practicó una incisión que se extendía desde el sacro hasta un dedo por encima del ano, se extirpó el cocis, y después de apartar el recto hacia la izquierda, se abrió la cavidad de Douglas lateralmente, con lo cual se dió salida á una buena cantidad de pus seroso y de olor excrementicio. Se estableció el desagüe, y el curso post-operatorio no presentó ningún accidente, curándose por completo el operado.

De 100 casos de apendicitis observados en la Clínica de Albert, 56 fueron tratados durante el ataque, y en 21 de ellos, en que se adoptó un tratamiento expectante, hubo dos casos de muerte. De 28 abscesos enquistados, se curaron 26; en los otros 2, la muerte sobrevino antes de la operación, á consecuencia de septicemia. Sólo en 2 casos de abscesos enquistados, se extirpó el apéndice, que se hallaba libre en el interior del absceso; en los demás, se le dejó en el abdomen. Ahora bien, como de estos 24 casos, en que se obtuvo de momento la curación, ha habido 4 en que se presentó más tarde la recidiva, parece como que está justificada la pretensión de aquellos cirujanos que proponen extirpar el apéndice en todas las circunstancias. Mas como quiera que procediendo así es muy fácil que se produzca una infección de la parte del peritoneo que hasta entonces se ha conservado sana, de aquí que en la Clínica de Albert sólo se practique la simple incisión del absceso cuando no se encuentre visible el apéndice en el interior del mismo y no sea fácil, por lo tanto, extirparle sin exponernos á ocasionar lesiones accidentales.

Relaciones entre las fosas nasales y los órganos sexuales femeninos (*tema presentado por el Dr. Schiff*).—El Dr. Chiari: Como resumen de mis ideas

actuales acerca del punto que se discute, creo que debo prevenir contra las esperanzas exageradas que pudieran fundarse en la terapéutica nasal, y que la dismenorrea continuará siendo por mucho tiempo mejor tratada por los ginecólogos que por los demás médicos.

El Dr. Rethi: De los 11 casos que he observado en mi práctica como propios para resolver el punto que se debate, sólo en uno dió resultado el tratamiento nasal, y, por lo tanto, entiendo que hay que proceder con mucha reserva en este asunto y que hay que guardarse de caer en un exagerado optimismo.

El Dr. Halban: En la Clínica de Schauta he repetido los ensayos de Fliess y Schiff, habiendo obtenido con el procedimiento de estos autores resultados muy satisfactorios, no sólo en casos de dismenorrea, sino también en casos de afecciones inflamatorias.

El Dr. Pauli: Schiff, al repetir los experimentos de Fliess, ha comprobado de un modo indudable una serie de hechos que demuestran la influencia que desde las fosas nasales se puede ejercer en los dolores del aparato genital, tanto en el sentido de su inhibición como en el de su exacerbación. Creo, sin embargo, que Schiff, en la interpretación fisiológica de los hechos que ha observado, se ha salido muchísimo del terreno de la formulación estricta de los mismos, y, por lo tanto, se ha expuesto á que se le hagan en tal concepto algunas objeciones.

El Dr. Chrobak: En mi opinión, hay dismenorreas cuyo tratamiento ginecológico es inútil, y que, en cambio, pueden hacerse desaparecer mediante la cocainización de las fosas nasales. Partiendo de este hecho, juzgo que debe considerarse como un abandono el no ensayar en esos casos el tratamiento á que nos estamos refiriendo.

El Dr. Benedikt: Mi opinión también es favorable á la que Fliess y Schiff sustentan como resultado de sus observaciones.—R. del Valle.

SOCIEDAD PEDIÁTRICA DE MOSCOU

Sesión del día 28 *de Noviembre de* 1900.

Raro vicio congénito del corazón. — El Dr. Kisel refiere que el 1.° de septiembre de 1899, ingresó en el Hospital de Niños de Santa Olga una niña de seis años por causa de cianosis, debilidad general y frecuentes vértigos casi desde el nacimiento; parecía una niña de cuatro años. A primera vista llamó la atención la coloración azul obscuro de las mucosas; la piel era algo azulenca; había mucho tejido celular subcutáneo muy blando, como gelatinoso; las encías muy tumefactas, afofadas, hemorrágicas; caja torácica sin alteración, pulmón sano, límites cardíacos normales. En el vértice del corazón y en el punto correspondiente á las válvulas de la arteria pulmonar, se percibía un ruído de soplo sistólico, de casi igual intensidad en ambos sitios; á veces, la fuerza del ruído es considerablemente menor. Al mismo tiempo que el ruído, se percibía un tono débil. El segundo sonido se oye en todas partes, un poco reforzado en el segundo espacio intercostal izquierdo, en el borde del esternón. El pulso es regular, de 96 á 100, algo débil. Hígа-

do y bazo son impalpables ; las últimas falanges, en los piés lo mismo que en las manos, muy engrosadas. En la cama, la niña se siente bastante bien, pero al intentar andar, se presentan vértigo y asma ; los mismos fenómenos sobrevienen tras cada emoción, sobre todo desagradable. La sangre que sale en lesiones accidentales es casi negra. La niña se halla ya un año y cuatro meses en el hospital en un estado bastante bueno, si se prescinde de los ataques de vértigo y disnea. Tuvo una ligera disentería y varias veces estomacace ; ha aumentado 6 kg. El diagnóstico presenta gran dificultad, á consecuencia de la desproporción entre los gravísimos síntomas y los datos de la exploración del corazón. Lo más probable parece que se trata de una gran estrechez de la arteria pulmonar (cianosis, incapacidad para los movimientos, sangre casi negra, enorme abultamiento de las falanges) y de una gran abertura en el tabique interventricular (falta de dilatación cardíaca y de trastornos de la compensación, estado general bueno en la posición tranquila y el haber vivido hasta los seis años). Posible es que existan aún otras anomalías en la estructura del corazón, sin que puedan diagnosticarse por ahora. Kisel ha visto muchos casos de vicios cardíacos congénitos en niños, pero ninguno con el cuadro clínico que ofrece el presente. La debilidad del ruído sistólico puede depender de la excesiva estrechez de la arteria pulmonar, y es posible que la presencia de un agujero en el tabique no dé origen á ningún ruído. La presencia de un segundo sonido puede explicarse admitiendo que la estrechez de la arteria pulmonar no está en el orificio de la misma, sino más arriba.

Tuberculosis verrugosa del pié. — El Dr. Krasnobayef enseña un niño de trece años, que lleva diez de estar enfermo, sin que pueda obtenerse más anamnesia. Todo el dorso del pié izquierdo se halla ocupado de una excrecencia rubicunda, casi continua, considerablemente elevada sobre el nivel de la piel sana, cubierta á trechos de costras delgadas ; la superficie está surcada de profundas grietas, de las que sale un poco de pus. Alrededor de esta elevación principal hay muchas proliferaciones verrugosas separadas, de un volumen entre guisante y nuez. También en otros puntos del pié, con excepción de la planta, elévanse pequeñas verrugas sobre la piel sana. Sobre el empeine se notan unas pequeñas fístulas, que á la compresión dan un poco de pus. Explorando con la sonda, no se descubre en ninguna fístula ni surco una lesión ósea. La articulación tibio-tarsiana no parece afectada. El enfermo presenta además una espina ventosa del metacarpiano del pulgar izquierdo, con dos fístulas, tres úlceras superficiales (meramente cutáneas) de la cara interna del antebrazo izquierdo, una caries terminada del cuarto metacarpiano derecho, acortando el dedo cuarto, una espondilitis torácica superior terminada y muchas cicatrices en la pierna izquierda y en las manos. Las cicatrices son en parte superficiales cutáneas, en parte se hallan en el lugar de glándulas supuradas y en parte están adheridas al hueso. En los órganos internos no se descubre nada anómalo. La nutrición es mediana. La investigación microscópica de una verruga pequeña tomada del pié da la imagen pronunciada de la tuberculosis cutánea con manifiesto desarrollo de tejido conjuntivo. No se encontraron bacilos de Koch. El tratamiento con el ioduro potásico no dió ningún resultado. Un tratamiento operatorio no fué consentido por los padres.

Edemas no albuminúricos de los niños. — La doctora Márkova dice que es muy difícil definir exactamente la afección conocida bajo el nombre de edema idiopático no albuminúrico. En todo el curso de la enfermedad, la orina no contiene nunca albúmina; los edemas empiezan en la cara y se propagan sobre todo el tronco; son consecutivos á enfermedades infectivas, sobre todo escarlatina, ó se desarrollan bajo el influjo de un enfriamiento de la piel. En los dos casos de Cassel que llegaron á la autopsia, se encontró en uno nefritis parenquimatosa y en el otro hiperemia y tumefacción turbia de los riñones. En dos casos observados por la comunicante, la hidropesía se desarrolló después de una enfermedad de las vías digestivas. En el Hospital de Santa Olga ambos niños (uno de once y el otro de cinco años) mejoraron pronto, desapareciendo los edemas y normalizándose el estado general; se les hacía permanecer en cama, dándoles una alimentación ligera y aceite de hígado de bacalao, después de atajar la diarrea con que ingresó el menor. Este tomó el alta á los dieciseis días continuando flaco y pálido; el mayor permaneció cuatro semanas y salió bueno, pero tres semanas después volvieron á presentarse la hinchazón del vientre, la diarrea, ligero edema de la cara y fuerte palidez de la piel y mucosas. Márkova termina su comunicación haciendo constar que es difícil decidir si en estos casos el edema dependía exclusivamente de las alteraciones de los vasos y de la sangre, debidas á las toxinas absorbidas desde el conducto intestinal ó si obraban también otras influencias (debilidad cardíaca en uno y previa escarlatina en el otro).

El Dr. Kisel hace constar que en los últimos cuatro años ha observado 15 casos de edema no albuminúrico en el Hospital de Santa Olga, todos en la estación fría, y en un niño de cinco años directamente después de un fuerte enfriamiento, desapareciendo pronto sin dejar rastro. Las causas de esta afección son evidentemente múltiples.

Angina ulcerosa con bacilos Vincent.—El Dr. Speranski refiere que el 23 de noviembre ingresó en las barracas de infectivas una niña de cinco años, diagnosticada de diftérica, que hacía tres días se quejaba de difícil deglución y había tenido calentura en la penúltima noche. La enferma era de mediana nutrición, órganos internos sin anomalía, ganglios cervicales sin tumefacción, encías de color sano, muelas posteriores é inferiores cariosas, no había mal olor de la boca. Sobre la amígdala izquierda y el pilar anterior correspondiente había un exudado blanquecino sucio, la amígdala misma y sus contornos eran hiperémicos; el exudado era muy grueso, de aspecto más bien sobrepuesto que arrancando de depresiones. En la mucosidad había muchos corpúsculos de pus, bacilos de Vincent y espirilos. Otros microbios había pocos, prescindiendo de estreptococos y grupos de cocos. La niña se colocó en la barraca de los sospechosos. Un cultivo sobre suero de vaca coagulado, dió colonias de diversos cocos. Al día siguiente apareció también un exudado en forma de manchita en el ángulo entre la úvula y el velo del paladar. Un cultivo dió el mismo resultado que el anterior. Un día después los exudados habían disminuído notablemente y era fácil quitarlos con el asa de platino; la deglución no causaba dolor y el aspecto de la niña era bueno, por lo cual los padres se apresuraron á pedir el alta. Entre las 80 investigaciones bacteriológicas hechas en las barracas desde principios de otoño, hubo 4 casos de angina ulcerosa, habiéndose ésta, en uno de los casos, desarrollado

en las barracas mismas en un niño ingresado por difteria. En un caso la úlcera ocupaba el segmento inferior de la amígdala, de modo que para verla era preciso deprimir mucho la raíz de la lengua. El ensayo de obtener un cultivo del bacilo de Vincent en un medio especial hemosferinoso, no dió resultado. En la gota pendiente pudo observarse el movimiento de los espirilos (señalado por Briolle), el cual se produce también sin ménsula calentada, aunque muy lentamente.

El profesor Filatof hace constar, que últimamente en la Clínica pediátrica, los casos de angina ulcerosa se someten á una investigación especialmente detenida, y que se ha convencido de que esta afección da á veces exudados muy parecidos á los diftéricos. Hace poco observó en la familia de un médico á un niño con exudados en las fauces perfectamente análogos á los diftéricos, pero la investigación bacteriológica demostró que se trataba de angina ulcerosa. Antes creía que en esta enfermedad el mal olor de la boca se presentaba desde el primer día, pero ahora queda convencido de que á veces sobreviene mucho más tarde. Finalmente, la investigación bacteriológica demuestra que algunos casos de la llamada amigdalitis lacunar deben considerarse indudablemente como de angina ulcerosa.

(*Vrach*).—G. Setniñón

PERIÓDICOS

La caries dentaria como causa morbosa. — Según el Dr. J. R. Leeson, la caries dentaria merece como causa morbosa mucha mayor atención de la que se le presta. Los dientes tienen como vecinos próximos muchos órganos y partes importantes, tales como las encías, la lengua, las amígdalas, las cavidades bucal y faríngea y las fosas nasales, cuyas afecciones más frecuentes consisten en congestiones é inflamaciones crónicas de sus mucosas. Estas afecciones son ocasionadas y están sostenidas por la caries de los dientes.

De estas consideraciones se deducen las siguientes reglas: Los dientes deben limpiarse por lo menos dos veces al día, sobre todo antes de irse á la cama, y con tal objeto, conviene usar un cepillo de cerdas largas y duras y que tenga la superficie convexa. Se deben tener siempre disponibles dos cepillos, uno más fuerte y otro más suave. A los niños se les prohibirá que tomen dulces ó bizcochos poco antes de irse á la cama. La última labor del día debe ser la limpieza de los dientes. Además de esto, á intervalos regulares debe ser examinada la dentadura por un dentista competente.

(*Edinb. Med. Journ.*).—R. del Valle.

Contra la tos emética de los tísicos.— Muchas veces los tísicos *tosen porque han comido y vomitan porque han tosido.* Es preciso en estos casos obrar sobre el estómago para impedir á los enfermos toser, interviniendo al principio de la digestión, cuando las extremidades terminales del pneumogástrico principian á ser excitadas.

Mathieu aconseja tomar trocitos de hielo inmediatamente después de comer. Si este medio es ineficaz, recurre al agua cloroformada, que administra á la dosis de una á dos cucharadas cuatro ó cinco minutos después de la comida. El agua cloroformada saturada se diluye en la mitad de agua común. Si es ineficaz, se usa el agua bromoformada:

Agua bromoformada	100 gramos.
Jarabe de codeina	30 —

Muchas veces fracasa también el agua bromoformada, y entonces emplea el mentol á la dosis de 15 á 25 centígramos en 150 gramos de julepe gomoso. Si es ineficaz se recurre á los narcóticos:

Cloruro de cocaína	5 centígramos.
— de morfina	5 á 10 —
Agua destilada	150 gramos.

Para tomar á cucharaditas de cinco en cinco minutos después de las comidas.

Derscheid explica la tos emética de los tísicos por una hiperestesia faringea y recomienda las medicaciones siguientes:

1.° Toques á la faringe con una disolución de cocaína al 1 por 50, por término medio;

2.° Agua oxigenada, en forma de poción vinosa, á las comidas: una cucharada de agua oxigenada por litro de vino;

3.° Agua cloroformada en poción:

Agua cloroformada	40 gramos.
Jarabe de diacodión } aa.	30 —
Agua de azar } aa.	30 —
— destilada	100 —

Una á dos cucharadas después de las comidas.

(*Journal med. de Bruxelles*). — F. Toledo.

Epilepsia de origen nicotínico. — Refiere el Dr. Z. Bychowski, de Varsovia, que un sujeto de veintiocho años, que no tenía antecedentes patológicos hereditarios, y que durante varios años venía pasando de seis á ocho horas diarias en una atmósfera cargada de emanaciones de tabaco, estaba padeciendo desde hacía dos años de ataques epilépticos, que cada vez se iban haciendo más repetidos y más intensos. Ahora bien, tan pronto como este individuo abandonó su nociva ocupación, dejaron de presentarse los ataques sin necesidad de ningún otro tratamiento. Existían además otros síntomas de nicotinismo crónico, tales como vértigos, disnea y estreñimiento, que también desaparecieron con la supresión de la causa morbosa.

(*Neurol. Centralbl.*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA Á FINES DEL SIGLO XIX

POR

D. ALBERTO SUÁREZ DE MENDOZA

Profesor libre de enfermedades de las vías urinarias en la Facultad de Medicina de Madrid.

(Conclusión).

Enfermedades de las vías urinarias

ESTRECHEZ URETRAL

La dilatación gradual es el tratamiento de elección de la estrechez uretral, tratamiento siempre aplicable cuando el cirujano posee suficiente habilidad en la práctica del cateterismo. Por donde sale la orina, dicen los ingleses, puede bien entrar una candelilla filiforme. Si bien es verdad que no hay estrecheces uretrales anatómicamente infranqueables, no por eso deja de ser cierto que clínicamente la infranqueabilidad puede presentarse, y esto con tanta más frecuencia cuanto menor sea la habilidad manual del que dirige la candelilla.

Para disminuir estos casos, tenemos la costumbre de someternos al precepto de Sir Henry Thompson, que enseñaba que, si bien es cierto que existen estrecheces clínicamente infranqueables, es necesario siempre declarar franqueable *in mente* la que tenemos delante, y armarnos de paciencia y de constancia hasta comprobar, por el paso de la bujía, la exactitud de nuestra apreciación. La estricta observación de este precepto nos ha permitido franquear las 163 estrecheces á que hemos tenido que atender en la Clínica, haciendo notar que varios de estos enfermos se han presentado en ella en estado de retención absoluta; 157 han sido tratados con éxito por la dilatación progresiva; en 6 casos ha habido que recurrir á la intervención

cruenta, pero esto por indicaciones precisas y no por imposibilidad del cateterismo filiforme.

La uretrotomía interna ha sido practicada cuatro veces:

I. Estudiante de Ingenieros: veintiocho años; estrechez filiforme de origen blenorrágico; infección urinosa; acceso franco é intenso de fiebre urinosa cada vez que se pasaba la candelilla; uretrotomía interna y calibración del conducto á su debido tiempo. Curación.

II. Labrador de Fuenlabrada: estrechez blenorrágica filiforme; se presenta en la Clínica en estado de retención completa y con 40° de temperatura; uretrotomía interna de urgencia; calibración de la uretra. Curación.

III. Joven de catorce años: estrechez traumática filiforme; retención de orina durante tres años; rebosamiento; punción suprapubiana y extracción de 1500 gramos de orina de la vejiga; uretrotomía interna. Este enfermito fué presentado en perfecto estado de salud á la Academia Medico-Quirúrgica, treinta días después de la operación.

IV. Labrador de Trujillos: siete estrecheces uretrales de origen blenorrágico; uretra dura; las estrecheces bulbares filiformes; uretrotomía interna; calibración de la uretra. Curación.

Como se ve, las indicaciones de la uretrotomía interna han sido en estos cuatro casos clásicas y precisas.

La uretrotomía externa sin conductor ha sido practicada en dos casos de infiltración urinosa por rotura retro-estructural de la uretra. La colocación del *tubo en el techo,* según el precepto de Guyon, me permitió obtener la curación de mis dos enfermos sin fístulas consecutivas.

CÁLCULOS DE LA URETRA

Mientras los cálculos uretrales no rebasan el volumen de un pequeño garbanzo, tengo por costumbre, sin ocuparme de él, el practicar la uretrotomía interna, la cual permite la expulsión espontánea del cálculo; esta ha sido la práctica de toda mi vida, y dos casos en que he intervenido en mi Clínica de esta manera, han confirmado la excelencia de esta práctica.

Hemos asistido otro enfermo con cuatro cálculos uretrales de volumen bastante considerable, el mayor como un pequeño piñón; como el enfermo presentaba una fístula en la parte media de la región peneana, practicamos su dilatación cruenta para la extracción

de los cálculos, suturando después el conducto según las reglas clásicas.

HIPERTROFIA DE LA PRÓSTATA

Un número considerable de prostáticos, asépticos unos é infectados los otros, han pasado por nuestra Clínica; algunos de ellos en un estado de intoxicación urinosa grave, en sus formas aguda y crónica. El cateterismo evacuador y la sonda permanente, empleados según los casos é indicaciones, nos han permitido salvar enfermos que parecían verdaderamente desesperados.

Dos veces solamente, en ancianos de gruesa próstata blanda y de cateterismo laborioso, hemos recurrido á la vasectomía; de estos dos enfermos era retencionista completo el uno; retencionista incompleto, con distensión vesical y remanencia de 300 á 500 gramos el otro. En ambos la vasectomía se llevó á efecto con la mayor regularidad, curando los enfermos de la operación en cinco días. Desde el punto de vista funcional de la vejiga, el resultado fué completamente nulo.

La única modificación favorable consistió en una disminución notable de las dificultades del cateterismo. Siete meses después la atrofia prostática, si existía, no era apreciable por medio del tacto rectal

LITIASIS VESICAL

La litiasis vesical, *el mal de piedra* como vulgarmente se le llama, es una de las afecciones de las vías urinarias que en más alto grado han beneficiado de la transformación completa sufrida por la cirugía en el último cuarto del pasado siglo.

La piedra era hasta estos últimos tiempos considerada como mal gravísimo, que después de hacer soportar al enfermo los más crueles tormentos, le imponía la necesidad de recurrir á una operación reputada entonces, con sobrada razón, como muy peligrosa. La cirugía moderna se enorgullece, con justicia, de haber suprimido en el tratamiento de los calculosos toda contingencia desagradable en cuanto á lo que á la terapéutica operatoria se refiere. En efecto, la extracción de la piedra, ya sea practicada por las vías naturales después de triturada, ya por medio de la incisión supra-pubiana de la vejiga, no ofrece en sí peligro alguno, y los enfermos pueden someterse á la operación seguros de no correr un riesgo apreciable por lo que atañe al acto operatorio.

La talla suprapubiana y la litotricia, bien ejecutadas bajo indicaciones precisas, no tienen mortalidad. Sin embargo, podría decir-

seme: hay calculosos que se operan y mueren. Sin duda alguna; pero admitiendo que la operación haya sido ejecutada con la perfección debida, los peligros corridos por el operado, su muerte cuando sobreviene, son sólo imputables á un error de apreciación al elegir el método ó al mal estado del enfermo.

La elección de método desempeña un papel de primera importancia en el tratamiento de la piedra, y los resultados felices ó adversos de la operación dependen de ella casi por completo.

La talla suprapubiana y la litotricia se comparten las indicaciones en el tratamiento de la litiasis vesical.

Aun cuando el cuadro de este trabajo no nos permite hacer el interesántísimo estudio de estas indicaciones, debemos, sin embargo, apuntar someramente las consideraciones generales que sirven de guía á nuestra práctica:

Las condiciones físicas del cálculo, las del medio en que se ha desarrollado, las de todo el aparato urinario y, por último, la edad, el sexo y el estado general del enfermo, son los puntos principales en que debe fijarse nuestra atención al precisar en cada caso particular el método de elección.

Las condiciones físicas que especialmente interesan son el volumen y la dureza, pues su respectivo desarrollo, limitan las indicaciones de la litotricia.

La composición química de los cálculos da una idea bastante exacta de su dureza relativa, y todos sabemos que los cálculos de oxalato de cal son muy duros; que son también muy duros, pero no tanto, los de ácido úrico y carbonato de cal; mientras que, por el contrario, los de urato de amoníaco, los de fosfato amonico-magnésico y los de fosfato de cal son muy blandos. En estos últimos, como en todos los cálculos blandos, las condiciones físicas no suelen ser una contraindicación á la litotricia, pues es necesario que la piedra tenga un volumen excesivo para que resista á los modernos litotritores.

No ocurre lo mismo con los cálculos duros, en los cuales la constitución molecular, y quizás circunstancias aún desconocidas, hacen que presenten, á volumen y composición química igual, resistencias muy diferentes á los instrumentos trituradores. Cálculos úricos de 5 centímetros de diámetro se dejan á veces triturar perfectamente, mientras que otros de la misma composición química y de menor volumen resisten en absoluto á la presión del litotritor y aun al martillo.

Han de observarse, por consiguiente, casos en los cuales la última

palabra pertenece al empleo del litotritor, cuya potencia de trituración no debemos exagerar; por eso, siempre que se trate de una litotricia para cálculos de volumen y resistencia dudosas, conviene prevenir al enfermo de la posible necesidad de la talla hipogástrica.

El medio en que se ha desarrollado el cálculo debe preocuparnos, no sólo en el momento en que examinamos el enfermo, sino desde los primeros instantes de su evolución, pues una piedra desarrollada en una vejiga aséptica infectada secundariamente, no es comparable desde el punto de vista de las indicaciones operatorias ni aun del pronóstico, con otra secundariamente desarrollada en una vejiga infectada desde largo tiempo. En vejigas asépticas, tanto la talla como la litotricia dan excelentes resultados, y sólo el volumen y la dureza del cálculo, y alguna rara vez el estado de la uretra, deben influir en la elección de método. En las vejigas calculosas secundariamente infectadas la litotricia, con tal de no dejar fragmento alguno en el reservorio, tiene muchos partidarios. Cuando se trata de cálculos secundarios, las indicaciones son mucho más difíciles de llenar, pues por lo común, entra un factor de apreciación cuya importancia es considerable: la edad. Someterse á reglas generales en estos casos es absolutamente imposible, pues cada enfermo presenta condiciones peculiares que tiene el clínico que pesar muy detenidamente antes de tomar una resolución definitiva.

Partidarios decididos de la talla supra-pubiana, la practicamos casi sistemáticamente en todos los casos en que el reservorio está infectado ó que el cálculo excede del volumen de una almendra. Y á esta manera de proceder atribuímos la excelencia de los resultados obtenidos.

El estado general del litiásico, al mismo tiempo que el particular de su aparato urinario, son siempre objeto de nuestra más escrupulosa atención. Mientras las lesiones inflamatorias no han rebasado la vejiga, el éxito es seguro, con tal de recurrir á la talla suprapubiana ó que tengamos especial cuidado de no dejar el más pequeño fragmento si preferimos la litotricia. Cuando las lesiones ya no se encuentran limitadas á la vejiga, sino que se han extendido hasta el riñón, la situación resulta algo menos brillante, comprometiéndose por completo en todos aquellos casos en que síntomas no dudosos de intoxicación, nos permiten apreciar la insuficiencia del parénquima renal.

La talla suprapubiana en estos últimos casos, es la única esperanza, el único medio de salvación que el cirujano puede y debe poner

al servicio de su enfermo, aun cuando sepa de antemano que aquella esperanza puede ser defraudada y que el medio puede ser ineficaz. Es un riesgo que hay que afrontar; el cirujano tiene el deber de hacerlo, á pesar del peligro, colocando por encima de cualquiera otra consideración el interés supremo del enfermo.

En resumen; la perfección de la terapéutica operatoria moderna, nos permite afirmar que toda operación de piedra, ejecutada á tiempo, está exenta de peligros, y que aun en los casos en que una desastrosa negligencia ha impedido al enfermo dirigirse al cirujano en el momento oportuno, aquélla, nos brinda aún suficientes medios para poder intervenir en condiciones ventajosas, salvando, á menudo, existencias de otra manera irremisiblemente perdidas.

Pruebas fehacientes de este aserto, son las 22 intervenciones practicadas en la Clínica, por cálculos vesicales; en cuatro casos, se ha practicado la litotricia; en todos los demás, la talla hipogástrica con ó sin desagüe de la vejiga, seguida ó no de cistorrafia, según las particulares indicaciones de cada caso. El más joven de nuestros operados tenía cuatro años, y setenta y cuatro el más anciano; 14 de estos enfermos presentaban infección vesical más ó menos avanzada; en dos de ellos el estado del riñón era dudoso. Las 22 operaciones han sido todas coronadas de éxito y no han presentado incidente alguno digno de especial mención.

Independientemente de la litiasis, hemos practicado siete veces más la apertura de la vejiga, siempre con excelente resultado operatorio; una por cistitis tuberculosa para practicar la extirpación de la mucosa según Bardenheur; el enfermo curó de la operación, pero murió de su enfermedad siete meses después. En otra ocasión practiqué la talla suprapubiana para hacer la obturación endo-vesical de una fístula vesico-vaginal, inoperable por la vagina. Por último, cinco veces he abierto la vejiga para anular su función, sometiéndola á un reposo completo en casos de cistitis dolorosas.

La excelencia de estos resultados prueban la inocuidad de la talla suprapubiana, bien ejecutada.

Las intervenciones sobre el riñón han sido poco numerosas é insuficientes para poder dedicarles un capítulo especial.

Dos nefrotomías, una nefrectomía y cinco nefropepsias, forman el total de estas intervenciones.

Las nefrotomías fueron practicadas por pionefrosis; de origen litiásico la una, debida á la tuberculosis la segunda. Ninguna de estas operaciones respondió á mis esperanzas. En la primera, el riñón,

de cuya pelvis extraje un voluminoso cálculo ramoso, estaba convertido en una vasta caverna irregular, que no se retrajo; el miserable estado general del enfermo contraindicaba la nefrectomía; la muerte sobrevino tres meses después de la operación. La segunda nefrotomía fué practicada en una joven de veintiséis años é insuficiente á conjurar los accidentes generales graves que la amenazaban, en vista de lo cual, practiqué la nefrectomía ocho días después, sucumbiendo la enferma á las veinticuatro horas.

Los resultados obtenidos por la nefrorrafia han sido más lisonjeros.

Hubo un tiempo, no lejano por cierto, en el cual toda ectopia renal se consideraba tributaria de la nefropepsia; poco á poco la patología de este accidente, comunísimo en la mujer, se ha ido conociendo y las indicaciones operatorias se restringen á medida que conocemos mejor desórdenes ocasionados por el riñón flotante.

No hay duda alguna que las tres cuartas partes de las mujeres que tienen un riñón móvil, gozan de una salud perfecta; hay otras, por el contrario, que presentan desórdenes á veces gravísimos, ya en el aparato urinario, ya en el estómago, ya en el aparato genital.

Los fenómenos de retención renal, por acodadura pasajera del ureter, suelen ser algunas veces excesivamente dolorosos, pudiendo producir una verdadera hidronefrosis en los casos en que la acodadura es permanente.

Los desórdenes gástricos varían desde la inapetencia y el estado nauseoso, hasta la completa perturbación de las funciones digestivas, y por consiguiente, de la asimilación y nutrición.

Los trabajos de Thiriar y las numerosas é interesantes observaciones por él publicadas, han dado á conocer la grandísima influencia que á veces ejerce la ectopia renal sobre el aparato sexual de la mujer; y numerosísimas son hoy las mujeres que han visto desaparecer padecimientos antiguos, calificados de metritis, ovaritis, neuralgia ovárica ú oforosalpingitis, bajo la influencia de la fijación de un riñón flotante.

A mi entender, sólo en los casos de trastornos serios de la naturaleza de los que ya hemos dejado indicados, está autorizado el cirujano á practicar la fijación renal.

En los siete casos en que hemos intervenido, el resultado ha sido de todo punto satisfactorio, no solamente á causa del éxito operatorio, sino sobre todo, porque las perturbaciones graves atribuídas

por mí á la ectopia renal, han desaparecido por completo después de fijado el riñón.

En seis de estos casos la reunión fué obtenida por primera intención ; en uno de ellos, dieciocho días después de la operación y cuando la enferma completamente restablecida, en apariencia, se disponía á abandonar la casa de salud, una súbita elevación térmica, vino á indicar los comienzos de una infección tardía, y un vasto absceso perinefrítico estuvo á punto de comprometer la existencia de la operada. A pesar de esta grave complicación, que por lo tardía podría quizás ser imputada á una auto-infección, la enferma curó y las perturbaciones que justificaron mi intervención desaparecieron desde entonces.

Fácil nos sería aumentar esta cifra de 144 intervenciones, incluyendo en esta estadística un respetable número de operaciones de cirugía general, como resección del maxilar superior, extirpación de tumores, amputaciones de mama, toracotomías, cura radical de hernia, laparotomías por apendicitis, extirpaciones de hemorroides, fístulas del ano, etc., etc., pero esto sería salir del cuadro que desde un principio trazamos á este estudio.

Podríamos también disminuir el tanto por ciento de la mortalidad, que aquí resulta ser de 3 muertes por 144 operaciones, haciendo figurar el sinnúmero de intervenciones sin importancia que se practican casi á diario en una Clínica, como por ejemplo : el fimosis, las meatotomías, las extirpaciones de quistes de Bartholin, y otras por el estilo ; pero como estas operaciones no tienen mortalidad alguna, esta diversión aritmética no dejaría de ser bastante pueril.

Si comparo estos resultados con los obtenidos en mi práctica hace veinte años, es decir, á fines de la época pre-listeriana y comienzos del renacimiento quirúrgico, no puedo menos de experimentar una inmensa satisfacción ante la diferencia extraordinaria de los resultados obtenidos ; diferencia fácilmente explicable por el perfeccionamiento de la técnica y de la anestesia y por el meticuloso empleo de la antisepsia y de la asepsia.

La cirugía hospitalaria, la cirugía del pobre, se ha transformado por completo. Antes, la palabra Hospital extremecía á todo el que debía someterse á una operación, pues el pueblo sabía las terribles contingencias que traía consigo la entrada en los asilos de Beneficencia. Hoy, por el contrario, puede decirse que los resultados que la cirugía operatoria obtiene en el Hospital, si no más brillantes, por lo menos son tan satisfactorios como los que puedan obtenerse en el

palacio del poderoso, en la mansión de los privilegiados de la tierra. Y ciertamente, la cirugía moderna puede vanagloriarse, puede enorgullecerse de ser, entre las ciencias humanitarias, la que más ha hecho en beneficio del género humano, la que más ha trabajado, la que más ha conseguido en alivio de los desheredados de la fortuna.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Envenenamiento con el zinc contenido en una vasija destinada á preparar alimentos.—II. Higiene de los cantantes.—III. La *Obra de la tuberculosis humana* (Sociedad de los Dispensarios antituberculosos franceses).—IV. Sobre un nuevo suero inmunizante del carbunclo.—V. La herencia y la predisposición hereditaria en las enfermedades microbianas.—VI. Los australianos y sus muertos.—VII. El parásito productor de los quistes hidatídicos multiloculares.—VIII. El microbio de Danysz contra las ratas; experimentos negativos.—IX. Bacteriología de la oftalmía flictenular.—X. Formadol: nuevo desinfectante.

I. Compra una mujer restos de carne de vaca y prepara el cocido. El caldo lo compartió con una vecina. A la media hora, cuantos bebieron este líquido fueron presa de intensos dolores gástricos y abdominales, luego de náuseas y más tarde de *vómitos abundantes y continuos*; á estos síntomas se unieron cólicos violentos, deposiciones no sanguinolentas, sed viva, etc. Llamado uno de los firmantes de este trabajo (Lecœur y Vermersch, *Soc. cent. de Méd. du Nord*, 14 de diciembre de 1900.—*L'Echo méd. du Nord*, 13 enero 1901), prescribe leche, agua albuminosa y cataplasmas laudanizadas. Al otro día estaban restablecidos los enfermos, salvo uno de ellos que fué transportado en estado grave al hospital, del cual salió curado á los cuatro días.

Ciertamente se trata de un envenenamiento; pero ¿á qué es debido?

Se pensó en el *botulismo;* pero si bien la carne era de calidad inferior y no es raro este padecimiento en Lille, sobre todo en primavera y otoño, cuando se emplea embutidos crudos ó mal cocidos, la verdad es que los accidentes aparecen más tarde que en este

caso, rara vez antes de las seis horas, cuando no á las doce ó veinticuatro, pues al fin es una enfermedad microbiana, y los vómitos no son tan profusos.

Enviados el caldo, la carne, las legumbres y la vasija para el examen químico, un tanteo preliminar reveló en el caldo la presencia del zinc. El análisis químico confirmó lo que hacía prever el cuadro clínico y demostró que este metal procedía de la vasija, esmaltada de azul por fuera y de blanco por dentro.

Para explicarse que esta vasija, usada algún tiempo sin inconveniente alguno, resultara venenosa aquel día, los autores dicen que ese esmalte abandona fácilmente el zinc cuando está en presencia de una solución ácida fuerte, por ejemplo, solución diluída de ácido clorhídrico, y que ese día la acidez del cocido fué mayor por haber empleado una mayor cantidad de legumbres ricas en ácidos vegetales, los cuales no sólo se apoderarían del zinc contenido en el esmalte sino del existente en estado de óxido ó de carbonato por el empleo de las aguas de Emmenrin que son muy ricas en sales calcáreas.

Los autores aconsejan que en caso de accidentes muy rápidos se recurra al examen químico para investigar el zinc, cobre ó plomo, pues los más tardíos corresponden á enfermedades microbianas que necesitan cierto lapso para evolucionar.

II. Un profesor de canto, Juan Belen, publica en *L'Indépendance médicale* (1901) un artículo sobre la *Higiene del cantante*, del que entresaco las ideas principales.

Alimentos. — Debe el cantante comer lo que le guste, á condición de que la digestión sea fácil, evitando así cuanto moleste al estómago, y por tanto, al diafragma y músculos abdominales. En este punto hay que atenerse á las idiosincrasias de cada cual, que resulta pesado en unos un alimento muy digerible y en otros se digiere muy bien una substancia pesada.

Ciertos alimentos grasos provocan en algunos picor en la garganta, y lo mismo hacen varias legumbres farináceas (habichuelas, lentejas y patatas), sobre todo hervidas.

Algunos no pueden comer ensalada, y otros la toleran muy bien, y un hecho análogo ocurre con los pescados, moluscos y crustáceos. Es, pues, preciso que cada cual estudie su modo de ser digestivo.

Pero si estas diferencias son verdad, no lo es menos que, en general, los frutos de almendra (nueces, avellanas, almendras, cacahuetes, etc.), sólos ó en otras preparaciones culinarias, son nocivos, ya por provocar erupciones en la lengua, boca y faringe, ya por ser po-

sible quede bajo la lengua ó entre los dientes pequeñas porciones del fruto, que pueden pasar á la laringe en el esfuerzo inspiratorio hecho con la boca abierta. Los alimentos muy condimentados y las salsas fuertes secan mucho la boca y aumentan la sed, circunstancias desfavorables para una buena y fácil emisión de voz.

La prática de tomar un huevo crudo dista mucho de estar bien justificada.

Bebidas. — Abstención de las bebidas alcohólicas, especialmente fuera de las comidas y en el momento de cantar. La leche, por el sabor amargo que suele dejar y por producir cierta sequedad de la mucosa, no es tan buena como se cree; si así no ocurre, es útil, por ser sedante del sistema nervioso. El *champagne*, el *punch*, los *grogs*, hasta el café y el chocolate, suelen producir afonía en algunos cantantes.

Hora del canto. — Es muy desfavorable el período de la digestión; durante él ha de hacerse un mayor esfuerzo, la cara se congestiona, la voz es corta, floja y sorda, y la fatiga es más rápida; á la larga ocurren alteraciones laríngeas y gástricas. No se debe cantar hasta pasadas dos horas, cuando menos, de las comidas; y si no pudiera evitarse, la alimentación ha de ser muy sobria, digan lo que quieran los que aconsejan comer mucho para tener fuerzas.

Tabaco. — Su acción es muy contraria al canto, en especial si se quema en pipa. Algunos cantantes son, sin embargo, fumadores en extremo, excepción que sólo prueba su gran resistencia y la bondad de sus órganos vocales.

Perfumes.—Causan ronqueras bruscas con no poca frecuencia.

III. Se ha creado en Francia una institución tan científica como humanitaria : la *Sociedad de los Dispensarios antituberculosos franceses*, cuyo objeto es :

1.° Cuidar gratuitamente á los tuberculosos pobres en locales dispuestos *ad hoc*.

2.° Distribuirles medicamentos, alimentos y vestidos y vigilarlos, hasta en su domicilio, para curarlos si es posible, y en todo caso para prevenir el contagio.

3.° Socorrer á los deudos necesitados.

4.° Prestar asistencia médica diaria á los enfermos para seguirlos muy de cerca.

5.° Crear laboratorios para el examen bacteriológico y para hacer experimentos en el sentido de curar ó prevenir.

Esta institución se denomina *Œuvre de la tuberculose humaine*,

porque se propone curar y prevenir la tuberculosis de nuestra especie, y como subtítulo lleva el indicado al comienzo.

Los médicos encargados del servicio recibirán á cuantos compañeros acudan para su mejor educación científica, darán conferencias públicas, etc.

IV. En sus investigaciones experimentales con el carbunclo sintomático, ha dado Arloing (*Soc. nat. de Méd. de Lyon*) con un suero inmunizante, que atenúa la mitad en peso de cultivo de dicho carbunclo.

Es tan activo, que 10 cm^3 bastan en un carnero para impedir los efectos de la inoculación del carbunclo, notándose todo lo más una ligera reacción local *in situ*. Si se le mezcla con virus fresco, queda éste aniquilado. Si se inocula una mezcla de suero al 2 por 100 y de virus al 1 por 100, no resulta efecto nocivo; si de 4 y 1, tampoco; pero si se emplea 1 cm^3 y 5 por 10, cesa la acción antitóxica, cuyo hecho se explica, admitiendo que queda en cada mezcla una parte de virus no destruído, incapaz de hacer daño en dosis pequeñas, y potente, en las grandes.

Como le ocurre al suero antidiftérico, es más activo en inyección intravenosa que en inyección hipodérmica (diez veces más); por aquella vía puede ser curativo dos horas después de la inoculación, y por ésta seis. Es inútil más tarde, y por lo mismo no cura la enfermedad declarada; tampoco es duradera su acción preventiva.

Modificando la materia inyectable, ha logrado un suero inmunizante (adición á un centígramo de pulpa virulenta atenuada al 70 por 100 de $^1/_{10}$ de cm^3 de suero anticarbuncloso), que inoculado en la región caudal, produce abscesos circunscritos y á las veces escaras, pero deja á los animales libres de la infección, y Arloing espera que valdrá más que los otros sueros usados hasta hoy.

Los ensayos han sido hechos en el laboratorio, y después ha practicado numerosas inoculaciones en los ganados de la Nièvre, en donde existía carbunclo; todavía no es tiempo de conocer bien los efectos.

V. Del estudio hecho por Audain, de Haïti, sobre la herencia y la predisposición hereditaria ante la doctrina microbiana, se deduce:

1.° La lepra, la tuberculosis y las enfermedades microbianas en general, no son hereditarias.

2.° El feto puede ser contagiado en el claustro materno mediante una invasión microbiana del óvulo ó del esperma, por la vía placentaria, en ciertas condiciones.

3.° Estos dos modos de contagio pueden imponerse para una transmisión hereditaria.

4.° La doctrina microbiana es incompatible con la teoría de la herencia así definida.

5.° La opinión, fundada en la clínica, de que los hijos de padres afectados de enfermedad microbiana están predispuestos á adquirir el padecimiento de sus procreadores, parece en contradicción con la doctrina microbiana.

6.° Las afecciones microbianas de larga evolución sólo tienen influencia hereditaria vulgar, es decir, que ponen al organismo del sér procreado en un estado de *locus minoris resistentiæ*. — (Extractado por el *Journal de Méd. interne*, 1901).

VI. Los australianos tratan á sus muertos por modos bien distintos: los del O. los entierran; los del S. los entierran ó los queman; los del SO. y E. ya los desecan en una plataforma al sol ó sobre un fuego suave, ya los abandonan hasta que son convertidos en esqueleto; entonces la momia ó el esqueleto es alojado en un árbol ó conservado por la familia; ésta suele guardar sólo el cráneo, en el cual bebe. Los de Queensland son más radicales: comen sus muertos para asimilarse las cualidades de que éstos gozaran en vida. — (Extractado por *L'Indépendance Médicale*, 1901).

VII. Los quistes hidatídicos multiloculares, más frecuentes de lo que se cree, son para los unos causados por el mismo parásito de los uniloculares, mientras que otros, Langenbuch, por ejemplo, se inclinan á admitir un parásito distinto del equinococo. Para disipar estas dudas, Melnikov-Rozvedenkov ha examinado muchas piezas procedentes de Rusia, sobre todo de Moscou, así como de Suiza, Baviera y Wurtemberg, en cuyos países es frecuente esta enfermedad, y no pocas recogidas de los bóvidos. De sus resultados da cuenta la señorita S. Broïdo. — (*Nouvelles recherches sur la parasitologie des kystes hydatiques multiloculaires.—Gaz. des hôp.*, 1901).

Omitiendo la técnica que ha permitido al autor el descubrimiento del nuevo parásito y la serie de evoluciones que éste sufre y hace sufrir á los tejidos y órganos en su instalación y en sus correrías, es indudable que el causante de estos quistes multiloculares no es el equinococo ordinario, hecho que, á su vez, comprueban los experimentos de Mongold, Müller y otros.

Haciendo ingerir *scolex* del quiste alveolar, brota una tenia que no es la del quiste simple.

El quiste alveolar debe ser colocado entre los neoplasmas granu-

losos infecciosos (actinomicosis, tuberculosis, etc.). El parásito elabora en los tejidos humanos una toxina especial nociva para éstos; la acción del parásito no es sólo mecánica, sino química.

Los embriones entran en los espacios intercelulares, gracias á sus movimientos amiboideos, motivando intensa proliferación celular y obstáculos á la circulación.

Los fibroblastos y los gigantoblastos rodean al embrión y constituyen la pared de la cavidad en que se desarrollará el parásito.

Hay una simbiosis entre las células de éste y las de los tejidos, atraídas por la toxina.

Los embriones producen necrosis de coagulación, análoga á la caseificación tuberculosa, y como en la tuberculosis hay estado cavitario y hemorragias retroparietales, endarteritis y endoflebitis (también como en la sífilis), debidas á la toxina, que debe ser similar á la tuberculosa y á la sifilítica.

Cuando los embriones penetran en los vasos y conductos, prosperan; cuando en los tejidos, mueren, convirtiéndose en vesículas quitinosas estériles.

La invasión del organismo humano se efectúa por la diseminación de los embriones hijas, formadas en los pelotones quitinosos, en los tejidos y por penetrar las prolongaciones de los pelotones, cuyo protoplasma, finamente granuloso, es nocivo y tóxico para los tejidos.

Los experimentos en los animales han sido hechos con inoculaciones subcutáneas ó introduciendo en los vasos fragmentos de masas quitinosas.

El hígado es el sitio preferente para este parásito; pero se le encuentra también en los ganglios linfáticos, vesícula biliar, pulmones, diafragma, riñón, cerebro, y en todas partes produce lesiones de flegmasía infecciosa crónica á la manera de las bacterias y de los hongos.

VIII. Anunció Danysz (*Ann. de l'Institut Pasteur*, abril de 1900), que un cocobacilo, muy semejante al colibacilo, descrito por él, infectaba y mataba las ratas de las cloacas. El asunto tenía importancia en lo relativo á la profilaxis de la peste bubónica y otros padecimientos parasitarios, y quiso comprobar los resultados el Consejo Sanitario de Grecia, que preside Kadsimichalis. Obtenido un cultivo vivo del Instituto Pasteur de París, el Dr. Menelas Sakorraphos fué el encargado de la experimentación, que no ha resultado favorable al Dr. Danysz (*Le Progrès médical*, 1901).

Primer experimento: Diez ratas, capturadas en las cloacas de

Atenas, son puestas en una caja y alimentadas con el cultivo mezclado con pan y agua salada, y luego con queso y pan; á los cinco días muere una, cuyo cadáver no es devorado por las compañeras. La autopsia descubre lesiones características en el bazo é intestinos; de la sangre del bazo es aislado el microbio, y se le cultiva en agar-agar. Otras dos ratas enferman y curan. Las otras continuaron bien.

Segundo experimento: Son colocadas otras dos ratas en la misma caja, dando á la una cultivos viejos y á la otra cultivos nuevos. Una sucumbe con lesiones características. Su cadáver no es atacado.

Tercer experimento: Resulta un muerto, y los vivos sólo han devorado la cola. En este caso el cultivo no era muy virulento.

Es decir, el microbio de Danysz no es lo bastante activo, cuando menos para las ratas de Atenas; y si lo fuera más, serviría poco, pues las supervivientes no se comen á las muertas.

IX. Expuesta por Alberto Michel (*Annali d'Oftalmologia*, año XXIX) la historia de los estudios hechos por los oftalmólogos para descubrir el parásito de la oftalmía flictenular, narra sus experimentos, que le conducen á afirmar:

1.° Esta oftalmía es parasitaria, y sólo parasitaria. Su causa es un microbio, y el mal estado del organismo no revela más que un terreno favorable para su desarrollo.

2.° Las siembras del contenido flictenular producen varios microbios, de los cuales el más frecuente es el estafilococo.

3.° La inoculación del estafilococo y de otros microbios, pero no de cualquier género y especie, bajo el epitelio corneal del conejo produce lesiones análogas, en apariencia, á las de la flictena del ojo humano.

4.° La flictena parece expresar el modo de reaccionar el organismo contra los microbios que invaden la córnea.

X. Los Dres. Cotton y Rabot, este último médico de los Hospitales de Lyon, han hecho experimentos con el *formadol*, nuevo producto desinfectante que se vende en forma de trociscos, en cuyo vértice hay una poca yesca. Se prende fuego y se producen vapores de agua, de formaldehído, de iodo y de anhídrido carbónico, según el análisis hecho por el profesor Pouchot.

Preparados cultivos virulentos, virulencia probada mediante inoculaciones de estafilococos piógenos blancos y dorados, de estreptococos, de bacilos diftérico, tifoideo, carbuncloso y de colibacilo, empapan con ellos trapos (unos secos, otros húmedos), que reparten en

varios puntos de la habitación, colocan siembras de deposiciones tifoideas y de esputos tuberculosos, etc., y prenden fuego á 15 conos de formadol. La capacidad del departamento era de 138'30 metros cúbicos, y estuvo cerrado durante cuatro horas. Todos los productos infectantes fueron esterilizados, menos la siembra hecha con excrementos de un tifoideo. (*Gaz. des hôp.*, 24 de enero de 1901).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA Y CARRERA

Oto-Rino-Laringólogo. Madrid.

ALGO SOBRE LA SINUSITIS FRONTAL CRÓNICA Y LA OPERACIÓN DE OGSTON-LUC, por el Dr. C. Compaired. Madrid, 1900.

Tal es el título de un trabajo publicado recientemente por el doctor C. Compaired, cuyas páginas hemos saboreado con deleite, pues es de lo poco que en nuestro país se ha escrito sobre tema tan interesante.

Basándose el autor en la exposición metódica de dos casos de su práctica particular, realiza un estudio de la sinusitis frontal, que, aun no pretendiendo el Dr. Compaired hacerlo de una manera didáctica, resulta, sin embargo, de instrucción suma, así para el especialista como para el médico, que al recorrer sus líneas, seguramente quedan enterados del estado actual de tal problema rinológico.

La historia de la cuestión, su patogenia, las circunstancias etiológicas, el diagnóstico y tratamiento, son analizados por el autor, comparando las opiniones y procedimientos hoy más en boga, así para el diagnóstico como para el tratamiento.

Los trabajos é ideas de Hajek, de Moure, de Symonds, de Luc y de cuantos se han ocupado de la materia en los últimos Congresos de Londres y de París y en las Sociedades laringológicas, son anotados con precisión y comentados con recto criterio clínico.

¿Qué más podemos decir, sino que el autor, después de considerar los métodos no cruentos de tratamiento, los considera tan solo aplicables á las sinusitis agudas, reservándose para el verdadero em-

piema frontal, el método de Ogston-Luc, verdadero progreso de la cirugía nasal?

Pero ¿por qué el autor, ya que en el trabajo afirma la casi constancia de la simultaneidad de lesión de la cavidad frontal y células etmoidales anteriores, de modo tal que la sinusitis debe ser apellidada fronto-etmoidal?; ¿por qué, decimos, no ha insistido más sobre esta verdadera conquista de la rinología? Es de sentir la falta del detalle sobre punto de tal transcendencia, aunque no hace desmerecer el mérito del estudio realizado.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 25 *de Febrero de* 1901.

La luz roja en el tratamiento del sarampión. — El Dr. Benitez: Un asunto que por ser de actualidad, tiene que ser estudiado entre nosotros, es el que se refiere á la influencia que ejercen los rayos rojos sobre el sarampión. No es asunto completamente nuevo, porque ya Finsen hizo este estudio aplicado á la viruela, y, posteriormente Backmann hizo lo mismo en la escarlatina, y el sarampión, y el Dr. Chatinier en 1900 presentó 12 casos de sarampión tratados por este procedimiento. Desde que yo tuve dichas noticias, comencé á emplear la fototerapia.

A fines del año pasado, un caso de alguna importancia por lo violento de los síntomas, le traté por medio de la luz roja, obteniendo resultados tan satisfactorios como luego hemos de ver. No quise hacer público este caso y me limité á poner una nota en un periódico. Posteriormente he visto otros tres correspondientes á tres hermanos que viven en la misma casa, hermanos á su vez de otros cinco que ya habían padecido el sarampión.

Primer caso: Se presentó el 1.° de enero con tos, fotofobia, lagrimeo, coriza y fiebre alta: tratamiento, luz roja utilizando los rayos de la luz solar á través de dobles percalinas de color rojo, y por las noches se cubría de rojo la luz eléctrica. Después de concluída la erupción, á las veinticuatro horas se retiró la luz roja y volvió á aparecer un pequeño punto de erupción.

Segundo caso: Una niña de cuatro años, al día siguiente de cesar la luz roja encontré á la enferma casi sin erupción y sin tos.

Tercer caso: Niño de seis años, de buena salud habitual, comenzó el día 20 con los síntomas propios del período de erupción, y, sometido á la luz roja, á las doce horas bajó la fiebre y á las cuarenta y ocho se hallaba api-

rético, la erupción borrada considerablemente, es decir, completamente curado. En algunos de los puntos en que se presentaron las máculas quedaron unas manchas moreno-obscuras, que se prolongan más días que en el sarampión, abandonado á sí mismo.

¿Qué se deduce de los trabajos fototerápicos hechos hasta el día? Yo creo que teniendo en cuenta los estudios que se han hecho de la acción de la luz solar sobre los organismos vivos y sobre los animales, considerándola como agente dinamógeno, ya se separen los rayos caloríficos, los luminosos y los químicos, ó ya se unan, es indudable que se ha encontrado un agente curativo.

La teoría de Finsen supone que siendo los rayos ultravioletas los que vienen á producir la quemadura y el eritema solar, no dejando pasar más que los rojos, se evita una de las causas que pueden ayudar á sostener esta fiebre eruptiva. La teoría de Chatinier considera los rayos rojos con fuerza propropia bastante para poner al organismo en condiciones de luchar con el agente que le ataca.

No he de referirme más que á las conclusiones clínicas de estos casos que yo he observado, y creo: 1.°, que se abrevia el curso del sarampión hasta el punto de poder considerar los casos así tratados, como formas abortadas, pudiendo acaso evitarse graves complicaciones; 2.°, no sólo desaparece sin consecuencias lamentables la erupción, sino que también desaparece la fiebre y mitiga al mismo tiempo los demás síntomas catarrales; 3.°, si la erupción no se ha generalizado se contiene á las veinticuatro horas del tratamiento fototerápico; 4.°, la erupción principia á desaparecer por las partes descubiertas; 5.°, si al enfermo se le priva antes de tiempo de la acción de los rayos rojos, vuelve á aparecer la erupción en algunos puntos; 6.°, la descamación principia antes y es más pequeña; y 7.°, la convalecencia es más corta.

El Dr. Pardo Regidor: En corroboración de lo expuesto, voy á decir lo que he visto recientemente en dos enfermos de mi clientela particular. Eran dos niñas de cuatro y seis años respectivamente; la primera en las peores condiciones para soportar el sarampión, débil, hija de padres débiles, supuse desde el comienzo que alguna complicación terrible se presentase en esta niña y que tuviera un desenlace fatal. En el acto propuse que se colocaran unas cortinas rojas en los cristales del balcón y un globo rojo para la iluminación interior del dormitorio. Todos los temores que yo tenía se desvanecieron á las veinticuatro horas de aplicada la cámara roja; la fiebre, que tenía 40°, remitió á las pocas horas, cedieron los síntomas nerviosos que se presentaron al principio, vómitos y subdelirio, y entramos en un período de bonanza que siguió durante todo el curso del padecimiento. Animado por estos resultados, se me presentó ocasión de tratar á una niña de seis años: era fuerte, robusta, con buenos antecedentes de familia. La niña, á los cuatro ó seis días de estar colocada en la cámara roja, se curó; no ocurrió ninguna novedad, y realmente puedo afirmar que no tuvo más de 37°,5 como máximum. Y paso á referir un caso de una adolescente que, aunque vacunada, no estaba revacunada, y que padecía viruela; la introduje en la cámara roja desde los primeros momentos. La erupción no apareció, aunque ya la esperaba; la fiebre no se presentó, la enferma no tuvo pústulas, se

quedó en el período papuloso y, por lo tanto, no hubo cicatrización. No usé más tratamiento que la dieta hídrica, caldos y leche. La evolución duró siete ú ocho días y la enferma quedó completa y absolutamente curada, sin tener la menor señal de viruela. Apliqué en la cara paños de sublimado, es verdad, pero en el resto del cuerpo no se los apliqué y tampoco se presentó la pustulación.

Estos hechos no me permiten comentarlos. No podemos pronunciarnos todavía en pro ni en contra; debemos esperar nuevos resultados.

El Dr. Forns: Sin experiencia personal, pues yo no me dedico á practicar la medicina general, hago uso de la palabra porque quiero dejar consignado otro caso de que tengo noticia por el Dr. Loza. En una casa, donde había tenido un niño con sarampión, cayó enfermo otro hermano cuando el primero estaba en plena convalecencia, y cuando se observaba el ras sarampionoso, le metió en la cámara roja, pudiendo ver que al día siguiente no había erupción ni la hubo después. La importancia que tiene el traer á la Academia casos de esta naturaleza, está en sacar deducciones generales de gran interés, y como proposición que parte de una persona que no se dedica á estas cosas, quiero dejar sentado que, según todos los tratadistas de la *fototerapia*, la luz roja posee condiciones para curar las fiebres eruptivas, y como bastantes médicos, en muchas ocasiones, no podemos decir qué clase de exantema se va á presentar y la luz roja las yugula todas, creo que se debe sentar como ley que en cuanto se vean los prodromos de una fiebre eruptiva, se someta el enfermo á la cámara roja. Se sabe que cura el sarampión, la viruela, la escarlatina, y no hay noticias de que haya causado perjuicio á ninguno de estos enfermos.

El Dr. Farinós: Yo puedo referir dos casos, entre muchos que tengo, ambos referentes á mis hijos, y otro de mi clientela particular. La erupción no llega á efectuarse desde el momento que los rayos rojos se aplican. En segundo lugar, en uno de los casos cedió todo en cuarenta y ocho horas, incluso una angina catarral que al propio tiempo padecía, y el niño ni tuvo complicaciones ni volvió á presentarse la fiebre. Al mismo tiempo, y en los mismos días, presentáronse prodromos en el otro niño, y antes de que se iniciaran los de infección, le sometí á la cámara roja y no pasaron adelante. La otra niña tenía ya la erupción confirmada y tardó tres días en el *restitutio in integrum*.

He podido observar que en la cámara roja viene á ser el sujeto como una placa fotográfica, á quien hay que tener privado de toda otra clase de rayos, porque de otro modo, en seguida se presentan la fiebre y los demás fenómenos.

En otro caso se trataba de una señora joven, vacunada y revacunada, cuya fiebre no llegó más que á 37°,5 y no apareció pústula alguna, por desgracia dicha señora falleció poco después de resultas de una afección del corazón.

El Dr. Prieto de Castro: Voy á decir sólo dos palabras para dar fé de uno de los casos expuestos por el Dr. Pardo. La primera niña á que se ha referido, la ví yo en el segundo día de estar sometida á la cámara roja y estaba en perfecta convalecencia. Por aquellos días tenía yo un sarampionoso perfectamente normal y con fiebre de 38° y décimas, y al día siguiente sometí este enfermo á los rayos rojos, á pesar de estar iniciada la descamación,

aunque aún había algunas décimas de fiebre, y, sin embargo, no cedió ni poco ni mucho. La cámara roja estaba puesta, tapizando los cristales con cortinas rojas, la sillería también era encarnada y por la noche se alumbraba con lámpara roja. Tres días le tuve sometido á este tratamiento, y al cabo de ese tiempo, me cansé de la cámara roja, le propiné una pequeña dosis de quinina, con lo cual conseguí que al otro día no tuviera fiebre alguna.

El Dr. Sánchez Calvo : Hace mes y medio tuve el gusto de hablar con el Dr. Benítez en la Escuela de Especialidades Médicas acerca de la *fototerapia*, medio empleado con resultados satisfactorios para combatir el lupus, escarlatina, viruela, sarampión, y demás enfermedades febriles eruptivas. Y, en efecto, por aquella fecha procuré ensayarlo en un caso de sarampión que elegí en condiciones las menos abonadas de higiene y posición social para convencerme hasta donde llegaba su influencia. Se trataba de una niña de siete años de edad, y débil por anteriores enfermedades propias de la infancia, hija de los porteros de mi casa los que, como todos, por regla general sus domicilios y género de vida repugnan á la más ligera idea de higiene. Afectada de sarampión, en su segundo día de erupción la sometí á la acción de la luz roja, valiéndome para ello de una lámpara eléctrica de diez bujías que mandé revestir de papel de seda encarnado, viendo con gran satisfacción á las cuarenta y ocho horas desaparecer la erupción y los síntomas bronquiales que acompañaban, quedando la niña á los cuatro días completamente curada.

Este es un caso más que puede unir á su estadística el Dr. Benítez, y á pesar de las condiciones del mismo y sin necesidad de revestir cortinajes ni muebles de ricas telas rojas, como ha hecho el Dr. Prieto de Castro en el caso tan brillante expuesto por él, sin haber obtenido el éxito deseado, es necesario insistamos toda la clase médica en el procedimiento de Finsen, puesto que en nada perjudica, es sencillo y económico. Para cuyo fin ruego al Dr. Farinós, propagandista acérrimo de la *fototerapia*, no desmaye en sus trabajos y continúe su meritoria labor, noticiándonos en doctas corporaciones y en prensa científica el resultado de sus investigaciones, en honor de la clase y prestigio de la ciencia.

El *Dr. Benítez* se felicita de que los demás señores hayan presentado 8 casos más que vienen á corroborar lo observado por él. El Dr. Prieto, añade, nos presenta un caso en el que la fiebre no cedió; pero es que el doctor Prieto ha aplicado el tratamiento en período de descamación y que todavía tenía fiebre, lo cual prueba que tenía alguna complicación, y éstas no se curan con la cámara roja. Ese caso no es para nuestra estadística, porque no es la *ocasio preceps* que nosotros proclamamos. Además, el tratamiento por la luz roja para esta clase de enfermedades, no es como lo hemos hecho ninguno de nosotros : esto no es cámara roja. Cuando sólo se dejan pasar rayos rojos —y no voy á dar un curso de física que no necesitáis—rojos deben verse todos los cuerpos sometidos á esta luz, no debe haber más colores. La cámara descrita por el Dr. Prieto era incompleta, fué siempre de luz artificial, y cuando esto se hace así, los enfermos adelantan menos; se ha comprobado que los enfermos sometidos á la luz roja, adelantan más desde la mañana á la noche que desde la noche á la mañana, porque la luz solar es mucho más intensa y más eficaz.

Sobre el tratamiento quirúrgico de la apendicitis.—El Dr. Bravo (D. Juan): El tema que voy á tratar es tanto médico como quirúrgico, y de esta manera los compañeros que se dedican al estudio y práctica de la Medicina, nos darán alguna luz sobre el asunto. No voy á hacer el estudio completo de la enfermedad, únicamente expondré á la ligera los últimos casos en que yo he intervenido, y sacaré conclusiones prácticas.

El principal motivo para traer aquí este asunto, es un enfermo que tengo actualmente en tratamiento y que está verdaderamente grave. Reside habitualmente en Toledo, y allí, en octubre, comenzó á enfermar con trastornos gástricos é intestinales, diagnosticados de fiebre tifoidea durante un mes y tratados con los antitérmicos únicamente. Al mes de enfermedad, sin que la fiebre hubiera cedido un ápice ni los fenómenos gastro-intestinales, la familia decidió traerle á Madrid. Le exploré detenidamente, y me impresionó como caso de apendicitis (que se había formado) con un flemón enorme que hacía relieve en la fosa ilíaca derecha. Claro está que la intervención era de urgencia, y al día siguiente fué operado, abriendo aquel foco hasta llegar á la colección purulenta, salió muchísimo pus, y quedó una gran cavidad dentro de la cual no pudimos encontrar el apéndice ileo-cecal, limitándonos á su lavado y á colocar el conveniente desagüe A los pocos días de hecha la operación, se iniciaron fenómenos de flebitis de la vena ilíaca del lado derecho, á donde correspondía la colección purulenta (interior). Y con ellos continúa presentando todos los síntomas de una flegmasía alba dolens, edema considerable en toda la extremidad derecha, dolores intensos, impotencia muscular, etc., etc. Su situación es muy grave porque lleva tres meses de supuración constante, porque los dolores de la flebitis no le permiten descansar, y porque está expuesto á las complicaciones embólicas de toda flebitis que amenazan constantemente su vida y de los que ya ha tenido alguna manifestación de forma cerebral que se tradujo por fenómenos afásicos que por fortuna cesaron pronto.

Aquí tenemos un caso en que por no haber intervenido en el primer momento, se ha dado lugar á la presentación de la flebitis, complicación bastante grave que no hubiera sobrevenido operando en tiempo oportuno.

Este caso me recuerda un artículo de Villard y Vignard en el que se refieren cuatro casos de apendicitis no operados en los primeros momentos, y en los cuales se presentó flebitis de la vena ilíaca izquierda.

Hace pocos días ingresó en mi sala una enferma que había entrado en la del Dr. Huertas aquella misma mañana. Hacía quince días que había sido tratada por un médico particular aquí en la población. El Dr. Huertas, al ver su estado la mandó á mi sala, y yo no me decidí á operarla ¡Tal era su estado! El pulso era filiforme, el vientre no se podía tocar, y supuse que moriría aquella noche ó tal vez en el acto operatorio. Pero al día siguiente, en vista de que la enferma vivía, la operé y caímos en un foco de apendicitis que se había difundido por todo el abdomen, y había dado origen á una peritonitis general. La operé sin cloroformo, se la puso suero artificial, se procuró reaccionarla; pero habíamos llegado tarde y la enferma murió al otro día. Segundo caso que, operado á tiempo, se hubiera salvado.

En el tercer caso se trataba de una sirviente, en la que también hacía cinco días que se habían iniciado los fenómenos. El Dr. Valle había opinado

desde los primeros momentos que se la debía operar; pero entre discutir á dónde se la había de llevar, pasó todo ese tiempo. Yo bajé por la tarde al Hospital, porque se me había avisado la conducción de la enferma, y en el acto la operé; pero la infección era tan considerable que también falleció. Yo creo que, tratándose de una mujer joven, fuerte y de buenas condiciones, se hubiera salvado si se la opera cuando el Dr. Valle lo propuso.

En cambio citaré el caso de un enfermo de cuarenta y tantos años que he tenido ocasión de tratar este verano en Alcalá de Henares, el cual, diagnosticado desde los primeros momentos, y visto por mí al segundo día de enfermedad fué operado al tercero, por incisión ilíaca, con salida de una cantidad no muy grande de pus y extirpación del apéndice engrosado y adherido al colon ascendente, al que abrazaba determinando su oclusión. Este enfermo curó perfectamente, y sin complicaciones, en pocos días, á pesar de haber abierto la cavidad peritoneal por no estar enfocado el pus, y haber éste salido manchando algunas asas intestinales.

Es muy posible que si este enfermo hubiera residido en Madrid, donde pudiera haber sido operado en cualquier momento, se hubiera diferido la operación hasta el último momento y no hubiera sido hecha en tan buenas condiciones, y la circunstancia de residir en Alcalá donde no podía ser vigilado por mí, ni se podía esperar á la indicación apremiante de intervención, hizo que se precipitara ésta con un éxito tan completo y feliz para el enfermo.

Como este caso puedo citar el de una Hermana de la Caridad del Hospital y otros seis ó siete que han sido de éxito feliz, y en los cuales, por haber intervenido á tiempo, el resultado ha sido satisfactorio.

Sin negar que haya casos en que un tratamiento médico puede curar la apendicitis, entiendo que es muy difícil decir desde el primer momento si va á ser la apendicitis leve ó grave, si la conclusión va á ser favorable ó adversa, y por todo esto, fundado en la experiencia propia, creo que se pueden establecer las conclusiones que fijó la Sociedad de Cirugía de París, que son: 1.ª La apendicitis aguda es enfermedad que no tiene tratamiento médico. 2.ª Es enfermedad que debe ser operada de urgencia, como la hernia estrangulada y desde el momento en que se establezca el diagnóstico.

En defensa de estas conclusiones ha vuelto recientemente Poirier á suscitar la cuestión en la referida Sociedad, protestando de la reacción que parece se inicia, sobre todo en Alemania, sosteniendo la conveniencia de no operar en el período agudo, sino esperar á que la *apendicitis se enfríe* para intervenir en mejores condiciones. Por mi parte, y sin negar las ventajas de la operación en frío, ante la dificultad de saber qué ataques van á iniciarse y cuáles no, ante las graves consecuencias de las intervenciones tardías, estoy en un todo de acuerdo con Poirier y acepto en su sentido más radical las conclusiones anteriormente consignadas, en abono de las cuales las estadísticas aportadas por Poirier son muy elocuentes y lo son también los casos que yo he observado y que á la ligera he referido.—Dr. Eduardo Toledo.

PERIÓDICOS

—

Pénfigo tóxico del recién nacido.—El Dr. A. Martínez Vargas publica en la *Gaceta Médica Catalana* el caso clínico siguiente, que dice no puede incluirse en ninguno de los grupos que describen otros autores, porque la enfermedad no fué microbiana, ni contagiosa, ni infectante, ni epidémica; fué benigna, pues no se acompañó de elevación térmica ni de malestar general y curó en pocos días con un sencillo tratamiento local; fué éste un caso de pénfigo *tóxico* producido por *intoxicación alimenticia de la madre*, en los últimos días del embarazo.

En la Clínica de Obstetricia de la Facultad de Medicina de Barcelona nació con parto eutócico, el 22 de abril de 1899, una niña con todas las apariencias de un buen desarrollo, por su peso, dimensiones y falta de deformidades; á las treinta y seis horas de haber nacido, ó sea en la tarde del segundo día, sin que tuviera malestar alguno que llamara la atención de la madre, comenzó á cubrirse su piel de manchas circulares, rojas, que pocas horas después se transformaron en vesículas ó en ampollas; es decir, ofrecía ya el tercer día de su vida el cuadro clínico del pénfigo; dos días después, ó sea al quinto día, se hizo cargo de esta enfermita; la erupción era confluente en toda la cara, con grandes ampollas en la frente y vesículas en los carrillos y mentón; el cuello, los brazos, antebrazos, el dorso de las manos y la región pectoral derecha eran también asiento de numerosísimas ampollas y vesículas; las conjuntivas, la mucosa bucal, las palmas de ambas manos y las plantas de los piés estaban absolutamente libres de la erupción, no ofrecían el más leve rastro de ella. En medio de un semillero de vesículas, destacábanse varias ampollas voluminosas de un centímetro de diámetro; las mayores se encontraban en la región superciliar izquierda, en el párpado derecho que parecía desconchado, en los hombros y en las proximidades del codo; tanto las ampollas como las vesículas eran circulares ú ovaladas y estaban constituídas por una hemiesfera, con cubierta fina semitransparente, cual formada por la capa córnea del epidermis; el contenido era, en los primeros momentos del desarrollo, claro, seroso; pero pasadas algunas horas se ponía turbio y se hacía opalino, con un ligero tinte sanguinolento; la tensión del líquido era intensa y haciendo algunas punciones con una aguja, salían por aquéllas varias gotitas; algunas ampollas habíanse marchitado ya, parecían arrugadas; otras, por rotura espontánea, ora por el contacto con las ropas, ofrecían rasgada su cubierta y aparecían con una superficie plana, con un rodete epidérmico en la periferia; la cutícula aparecía en el campo de esa superficie circular, nacarada, como doblada y con pliegues que recordaban las úlceras producidas por la vesicación cantaridiana ó las quemaduras de segundo grado; en algún punto se veía el dermis al descubierto, rojo y exudando una ligera cantidad de serosidad; la piel en que asentaban estas vesículas, estaba rubicunda y eritematosa en muy pequeña extensión y de todos modos, en los intervalos que dejaba libre la erupción, hallábase completamente normal.

El líquido dió una reacción alcalina. El examen bacteriológico del mismo fué completamente negativo : no se encontró en él ningun germen ; con una lanceta esterilizada se hicieron algunas inoculaciones en la piel sana de la misma niña y no dieron resultado.

El estado general de la niña era satisfactorio : la temperatura no pasaba de 37°,3 ; el aparato digestivo estaba bien ; la niña mamaba y dormía perfectamente.

Vista la benignidad del caso, dispuso un tratamiento puramente local, el espolvoreo con subnitrato de bismuto y la protección de algunas regiones con algodón ; las ampollas y vesículas fueron desecándose, las ulceraciones se restauraron sin que quedaran cicatrices, ni costras, ni máculas y la niña y madre salieron del hospital en buenas condiciones el 6 de mayo, sin que se hubiera presentado ninguna recidiva, ni un nuevo caso de pénfigo en la misma Clínica, á pesar de haber en la misma sala varios recién nacidos y de ser una sola la enfermera que vestía y aseaba á todos.

Investigadas las causas que pudieran haberle dado origen, quedaba excluído en esta ocasión el contagio, pues no había ningún otro caso en la sala de partos ni en las próximas á ellas ; más todavía : hace años que en esta misma sala no se ha visto un solo niño con pénfigo ; no cabía invocar la sífilis porque aparte de excluirla la falta de manifestaciones en las plantas de los piés y en las palmas de las manos, no era posible encontrar otros síntomas, ni existía sífilis paterna y materna ; el pénfigo caquéctico, el del sarampión, el de la escarlatina, el del prúrigo y el del líquen, quedaban, desde luego, eliminados ; entonces preguntó á la madre por su régimen alimenticio y le declaró que, efecto de la miseria, había comido mal y algunos días no había comido en los tres últimos meses de su embarazo ; de todos modos, toda su alimentación había consistido en sardinas, arenques y algún embutido ; á esta ruín alimentación muy pocas veces podía añadir algún plato de habichuelas ; casi siempre sus comidas consistían en dos ó tres sardinas, llegando á consumir en el día de 6 á 8 ; durante algunos períodos, con ciertos intervalos, tuvo diarrea, cefalalgia y alguna erupción en sus brazos acompañada de comenzón.

Las investigaciones de Gautierd y Etard, Bochlisch, Arnstamoff, Brieger, Anrep y Ehremberg, demuestran que en los pescados en putrefacción y en los arenques en salmuera, se encuentran diversas bases tóxicas : la hidrocolidina, la escombrina, la parvolina, la neuridina, la etilenediamina, la muscarina, la gadinina, la metilgadinina, la trietilamina, la putresina, la dimetilamina, la ptomatropina y la ptomatomuscarina ; aun cuando los síntomas producidos por estas substancias tóxicas no están perfectamente especificados, se sabe, sin embargo, que la hidrocolidina produce temblores, convulsiones tetánicas y muerte por parada del corazón en diástole ; de todas ellas, las mejor conocidas y las más tóxicas son la ptomatomuscarina de Brieger y la ptomatropina de Anrep ; esta última, en cantidad de dos miligramos, produce, en el conejo, midriasis, convulsiones y muerte por parálisis cardíaca. Posteriormente, Griffitchs ha descubierto en las sardinas en putrefacción la sardinina, $C^{11}H^{11}NO^{2}$, substancia capaz de producir la muerte con vómitos y diarrea.

También en las salchichas ha encontrado Ehremberg las ptomatinas pro-

pias de las substancias en putrefacción, y Nauwerck, un bacilo que tiene la propiedad de descomponer la albúmina.

Ahora bien; es lógico suponer que durante ese lapso de tres meses en que la madre se alimentó por modo tan mísero y tan incorrecto, debió ingerir alguna de esas bases más ó menos tóxicas, como lo hacen suponer sus frecuentes diarreas y esa picazón y eritema cutáneos del brazo, especie de *toxidermia* aceptada por la generalidad actualmente; por otra parte, sabemos, por demostración experimental, que las substancias tóxicas contenidas en la sangre de la madre pasan á la del feto, de igual suerte que pasan los microbios, según la clínica y la experimentación han demostrado; tiene también seguridad del mecanismo inverso, esto es: de que una inyección de venenos en la sangre fetal es capaz de intoxicar á la madre, con tal que no esté interrumpida la circulación por el cordón umbilical; por consiguiente, la misma substancia que en la madre produjo su erupción cutánea pasó á la sangre del feto, permaneció en ella y llegado el momento del nacimiento, con motivo de esa corriente cutánea que congestiona la piel de todo recién nacido, se determinó la eliminación del veneno por el emunctorio cutáneo, como ya había ocurrido en la madre; otro hecho fisiológico, la susceptibilidad de la piel de todo recién nacido, reveladá por la descamación, debió contribuir á que esa eliminación tóxica produjera, en vez de un eritema ú otra forma dermatósica sencilla, un pénfigo, que es siempre una forma más compleja, por lo mismo que se acompaña de gran trasudación de serosidad. De ser correcta esta interpretación debería considerarse el caso presente como uno de *pénfigo tóxico* del recién nacido, por intoxicación alimenticia de la madre, y, por consiguiente, se debería admitir una variedad nueva en la afección, que el Dr. Martínez Vargas clasifica del siguiente modo:

- **Pénfigo agudo del recién nacido**
  - Idiopático
    - Tóxico — El líquido de la ampolla es estéril; es producido por intoxicación de la madre, con venenos propiamente dichos, substancias alimenticias alteradas ó venenos microbianos; no es contagioso ni epidémico.
    - Microbiano ó venenos microbianos. — El líquido contiene una ó más especies de microbios, es producido por contagio y á su vez puede contagiarse y desarrollar focos epidémicos.
  - Deuteropático. Sifilítico, caquéctico, escarlatinoso, sarampionoso, etc.

Caso fulminante de intoxicación por el ácido fénico. — En el *Boletín del Colegio de Médicos de la provincia de Salamanca*, publica D. Telesforo Barbero y García el caso clínico referente á un hombre de cuarenta y cinco años, elevada estatura, temperamento marcadamente sanguíneo, robusta constitución, complexión atlética, fuerzas hercúleas, proporcionadas á su recia musculatura, y de inmejorable estado de salud habitual, dotado, naturalmente, de la energía y resistencia que proporcionan las rudas tareas del campo, á que con suma frecuencia se dedicaba, y el oficio de zapatero que ejercía.

Equivocadamente bebió una cantidad de ácido fénico contenida en una botella y falleció rápidamente.

Comenzó desde luego llamando su atención al hacer la autopsia, el particular estado de la sangre contenida en el aparato circulatorio, que aunque negra la del sistema venoso, era fluída y sin coágulos, y de fluidez tan persistente, que, ni al contacto del exterior, se coagulaba.

Pasó al tubo digestivo, y aislado que fué el esófago hasta el cardias, y abierto en toda su extensión, notó que su mucosa, fijamente adherida á las capas inmediatas, presentaba una coloración blanquecina, que la daba aspecto semejante al que constantemente ofrece á la piel bajo la acción del ácido fénico. Esta coloración y aspecto, se extendía superiormente, aunque no con tanta intensidad, á la mucosa lingual, y hasta á la gingival y labial, presentando además aquélla, sus papilas, sumamente pronunciadas, especialmente hacia la base. El estómago se hallaba en rigor completamente vacío de substancias alimenticias, conteniendo sólo cierta cantidad de líquido espeso, con pocos y menudos fragmentos sólidos en suspensión, parecidos á los posos del café, lo que recogido en un frasco, y dejado reposar, se separó al cuarto de hora, en dos capas bien distintas, inferior la una, más consistente y como achocolatada, y superior la otra, de aspecto oleoso y semitransparente, exhalando todo ello, así como la cavidad que le había contenido, un olor característico, marcadamente empireumático, que recordaba el del ácido fénico; la mucosa de este órgano ofrecía también color gris blanquecino, y se hallaba de tal modo alterada y floja, que raspada suavemente con el dorso del escalpelo, se desprendía con facilidad suma, dejando al descubierto los tejidos subyacentes.

Pero donde las alteraciones eran más profundas, constituyendo una verdadera destrucción de toda su textura, fué en el tubo intestinal delgado, sobre todo en su primer tramo, en el duodeno. Hallábase completamente destruído en toda su integridad, conservando únicamente la forma tubular primitiva, que no permitía la más leve distensión, pues sé hallaba tan sumamente reblandecida, que apenas se la tocaba perdía su cohesión molecular, convirtiéndose entre los dedos en una especie de magma espeso, glutinoso ó pultáceo, imposible de disecar, siendo tan típico el olor que todo él exhalaba á ácido fénico, que no ofrecía lugar á duda. También el yeyuno é ileón se encontraban alterados, aunque menos profundamente, pero dejando percibir el mismo olor, así como el líquido que se hallaba en el interior de todo él, que era de color de chocolate y aspecto homogéneo.

En cuanto al intestino grueso, poco ofrecía de particular, estando ocupado, en el último tercio únicamente, por algunas materias estercoráceas; pero dominado, en toda la masa intestinal, tinte leonado obscuro, como si estuviese congestionada.

El hígado, de color, asimismo, más obscuro que de ordinario, de menor consistencia, y con olor igualmente fenicado; su aparato biliar y el páncreas, no ofrecían cosa digna de especial mención. En el aparato urinario sólo observó que unos cien gramos próximamente de orina que contenía la vejiga, era de color un poco más obscuro que el normal. Siendo de notar que ninguno de estos órganos ofrecían señales evidentes de haberse efectuado en ellos la más leve reacción inflamatoria.

Claro es que, todos los líquidos y substancias mencionadas, que se pudieron recoger, fueron cuidadosamente envasadas para su análisis químico,

á cuyo resultado final, toca, naturalmente, pronunciar la última palabra.

Dos cuestiones estudia con este motivo el Dr. García:

1.ª *Naturaleza de la substancia ingerida en el tubo digestivo y sus inmediatas consecuencias de contacto y absorción sobre todo el organismo.*

2.ª *Mecanismo de la rapidez como se efectuó la muerte en este individuo, sin lucha, sin defensa alguna, ni protesta apenas, por parte del referido organismo.*

Desde luego se echa de ver, que el individuo en cuestión, al hacer uso del líquido que contenía la botella sufrió un gravísimo error, y que en lugar de beber aguardiente como creía, pudo y debió ser algún tóxico de los más enérgicos, de naturaleza fuertemente cáustica é irritante, dados los destructores efectos producidos en los órganos y tejidos sobre que se puso en contacto, y que por sus caracteres organelépticos apreciables tuvo que referir al grupo de los fenoles, é individualizarle en el ácido fénico, como tipo de los mismos, siquiera en aquel momento no dispusiera ni del percloruro de hierro, especial reactivo de este agente, que seguramente nos lo hubiera puesto de manifiesto. La insistente fluidez de la sangre, citada por los autores como un síntoma de este envenenamiento, parecía también demostrarlo, así como alguna ligera absorción del mismo.

Claro es que, admitida cuando menos, una disolución alcohólica, fuertemente concentrada, de ácido fénico, como causa eficiente de los fenómenos observados, no es difícil la explicación de los de contacto. Por la acción corrosiva que esta substancia ejerce sobre los tejidos animales, ya sea en el organismo viviente, ó cuando se halla substraído al influjo de las leyes biológicas; por eso, deducida la causa, no podían sorprender los estragos del tubo digestivo. Pero como éste á la par, no presentaba señales de reacción inflamatoria, estos estragos debieron, indudablemente, verificarse *post mortem*, siendo, por consiguiente, el resultado de la combinación química del ácido fénico con los elementos anatómicos que se hallaba en contacto, sometidos ya á la acción de las leyes físico-químicas.

Todas las obras modernas de toxicología citan casos de intoxicación por el ácido fénico seguidos de muerte, pero ninguno tan peculiar, ni tan extraño, que ni siquiera haya dado tiempo al empleo de los antídotos especiales de esta substancia, con ser tan sencillos como la limonada sulfúrica y el sulfato de sosa. Todos los envenenados han durado algunas horas, de que menos, durante cuyo tiempo se ha desarrollado el síndrome característico del envenenamiento, que le daba á conocer, frialdad de las extremidades, agitación cardíaca, contracción pupilar, sacudimientos convulsivos, respiración disnéica y ruidosa, etc., etc., utilizando, naturalmente, los medios de que la ciencia dispone, según las circuntancias, para contrarrestar la influencia del veneno, que, á decir verdad, si absorbido en determinada cantidad, no lograba matarle, por razón de sus naturales efectos, vendría, por fin, á sucumbir, á consecuencia de la enorme cauterización producida en los órganos sobre que actuaba; pero dando siempre tiempo á defenderse.

La segunda cuestión, que se refiere al mecanismo, ó manera especial de producirse la muerte con tan asombrosa rapidez, le sugiere al Dr. García la idea de su efecto explicado de este modo:

«El ácido fénico, en considerable cantidad y escaso volumen, llegó de improviso al organismo, impresionó horriblemente á los filetes nerviosos sen-

sitivos, sobre que se puso en contacto, cuya horrible impresión, percibida en el acto por los centros nerviosos de la vida animal, produjo sin duda en ellos una perturbación tan extraordinaria, que les invalidó, siquiera fuese momentáneamente, para dirigir la acción á los nervios motores, y seguir presidiendo á su funcionamiento; como sin la intervención de éstos el movimiento funcional orgánico es imposible, y sin él, según ha dicho, la vida no puede continuar ni un sólo momento, claro es que el sujeto tenía que dejar de existir, sucediendo así, porque necesariamente debía suceder. Además, el sistema nervioso trisplánico, ó de la vida sujetativa, no podía ser indiferente á este clínico proceso; el *gran simpático*, regulador como es, ó correctador según otros, de los movimientos involuntarios, y sus importantes derivaciones, el *plexo cardíaco* y el importantísimo *plexo solar*, tenían igualmente que darse por sentidos, y dentro de su esfera de acción, hacer manifestaciones análogas, que forzosa y necesariamente habían de dar por resultado la parálisis inmediata y simultánea de los principales centros de la vida, cardíaco y respiratorio, y hasta de los movimientos funcionales del aparato digestivo, en la parte que, de unos y otros, les estaba encomendada.

De suerte que, sin previa comunicación ni acuerdo, y sólo por los vínculos anatomo-fisiológicos que les unen, y por su identidad de funciones, contribuyeron simultáneamente al desarrollo de los mismos fenómenos y á su natural resultado.

Por otra parte, apenas el sujeto ingirió la substancia, se dió inmediata cuenta de su funesto engaño, y por ende, del inminente peligro que le amenazaba, abultado sin duda por la fantasía, haciendo, *por intuición*, su terrible pronóstico, que desde luego debió producir tal pavor en su ánimo, pudiendo bastar esta sola causa de orden moral, para desenvolver en su organismo todos los fenómenos referibles al shock, en su más alto grado de intensidad, y explicar, por lo tanto, la repentina muerte de este individuo».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 27 de Febrero de 1901.

De la esterilización de las soluciones de cocaína.—El Dr. RECLUS: En una de las sesiones precedentes, el Dr. Tuffier nos ha presentado un filtro destinado á esterilizar en frío las soluciones de cocaína que él emplea para las inyecciones intra-raquidianas. Con este motivo recordaré que en 1898 ya me ocupé de esta cuestión, y mi interno Herissé hizo varios experimentos que demostraron que el poder rotativo de la cocaína es de 72 y no 52, y que podía llevarse

al autoclave hasta la temperatura de 120°, sin que se alteraran su composición y sus propiedades analgésicas. Añadiré que la estabilidad de estas preparaciones persiste mucho tiempo, puesto que he obtenido la anestesia con una de ellas que databa de veinte meses.

De las hernias del intestino grueso.—El Dr. Schwartz : De esta clase de hernias unas son libres en el fondo del escroto y pueden reducirse fácilmente, y otras han contraído adherencias y son difíciles de reducir ; de donde se deduce, á mi modo de ver, que no debe aplicarse la misma operación en estos casos. Si se trata de una de esas grandes hernias que se ha deslizado hasta el fondo del escroto merced á la amplitud de los anillos y á la poca resistencia de las paredes del abdomen y es fácil su reducción, se puede practicar la mioplastia que he descrito en 1893 en el Congreso de Cirugía, operación que me ha dado excelentes resultados no desmentidos después de muchos años. Cuando la reducción no es posible sino después de destruir numerosas adherencias, lo cual puede perjudicar á la vitalidad del intestino, es preferible hacer una resección en masa de todo el intestino herniado.

El Dr. Guinard : En un caso he empleado el procedimiento de mioplastia herniaria del Dr. Schwartz y se ha esfacelado por completo la parte inferior del músculo recto, utilizado con este objeto, de lo cual resultó una eventración más considerable que antes de la operación.

El Dr. Schwartz : De 70 operaciones de esta clase que he practicado nunca observé nada semejante á lo que acaba de indicar el Dr. Guinard ; para no exponerse á correr el riesgo del esfacelo, recordaré á nuestro colega que nunca debe hacerse un pedículo demasiado corto.

Tratamiento de la fístula del canal de Stenon, fijando el extremo central á la mucosa del carrillo.—El Dr. Nélaton : Este caso que nos ha sido comunicado por el Dr. Bouglé se refiere á un hombre que había sido agredido hace catorce años en el carrillo por instrumento punzante, por el bieldo, el cual seccionó el canal de Stenon y determinó una fístula. Para su curación el Dr. Bouglé descubrió el canal y le disecó en una extensión de dos centímetros en dirección de la glándula y después, por medio de un trócar atravesó el bucinador y la mucosa bucal, introdujo por este trayecto el canal de Stenon fijándole en la mucosa por algunos puntos de sutura. La operación, que tuvo un excelente resultado, terminó por el avivamiento y sutura de la fístula.

Ingerto autóctono de los extensores corto y largo del pulgar.—El Dr. Nélaton : Trátase también de una observación del Dr. Bouglé referente á un hombre á quien le cortaron los tendones extensores del pulgar por medio de unas tijeras. Valiéndose de una incisión de 25 centímetros hecha sobre el trayecto de los extensores, se fué en busca de los tendones seccionados, cuyos extremos centrales distaban de 8 á 10 centímetros de los extremos periféricos; no pudiendo practicar una sutura directa hizo un ingerto autóctono sobre el primer radial y sobre el abductor largo del pulgar, con lo cual obtuvo á las seis semanas de la operación que dicho dedo hubiese recobrado sus movimientos.

Del tratamiento de los cánceres del recto por la vía abdomino-perineal. — El Dr. Berger : En una enferma que he operado en 1897 siguiendo esta vía, ayudado por el Dr. Quenu, extirpé el recto y una parte del

asa sigmoidea; la enferma está hoy día en muy buen estado, su ano subumbilical funciona bien, pero debo añadir que la lesión no era de naturaleza cancerosa, sino que se trataba de una estrechez muy extensa con enorme aumento de espesor de las paredes del recto. Por lo tanto, esta observación no puede citarse como un ejemplo en favor del procedimiento operatorio que desde luego es excelente en la mujer y no tiene gravedad; no puede decirse, sin embargo, lo mismo respecto del hombre, en el cual siempre ha sido seguido de muerte. No creo que sea esta una operación del porvenir; las ventajas corresponden á la vía perineal que permite, y á mí me ha permitido, extirpar cánceres tan grandes como el que nos ha presentado el Dr. Quenu. En cuanto á la vía sacra creo que es necesario abandonarla definitivamente.

De la histerectomía en la septicemia puerperal. — El Dr. Rochard: He intervenido cinco veces en estas circunstancias y ninguna de las operadas por vía vaginal ó por vía abdominal ha sobrevivido, si bien debo hacer notar que en ninguno de estos casos los accidentes infecciosos databan de menos de quince días. Esta es una de las causas que determina el fracaso, puesto que tengo la convicción de que, cuando se hace la histerectomía precoz, se ha de obtener con frecuencia la curación. En los casos graves, cuyo principio data de diez ó quince días, es necesario intervenir inmediatamente y, en tesis general, tan pronto como los accidentes persisten á pesar de los otros tratamientos. Se ha aconsejado hacer de preferencia la histerectomía vaginal. Sin embargo, yo creo que por la friabilidad del útero es preferible la histerectomía total abdominal, puesto que de este modo se ven mejor los órganos en que se opera y se les expone menos á los desgarros; además asegura un desagüe mucho mayor.

El Dr. Bazy: Puedo citar dos intervenciones por infección puerperal. En una se ha tratado de una histerectomía vaginal hecha por uno de mis internos, bajo mi dirección, en el curso de la cual pude convencerme de las dificultades de esta operación, determinadas por la extraordinaria friabilidad del útero; la enferma murió. En otra se trató de una histerectomía abdominal total practicada por mí mismo, doce días después del parto, en una mujer que antes había estado sometida á todos los tratamientos imaginados contra la infección puerperal. La operación duró una media hora y fué de las más simples, pero la mujer murió al cabo de un mes de infección generalizada.

El Dr. Segond: Las indicaciones de la histerectomía en estas circunstancias son difíciles de precisar. Si se interviene poco tiempo después del parto debe operarse por el abdomen, puesto que la histerectomía vaginal siempre es difícil y peligrosa; cuando se interviene más tarde, la elección depende de las preferencias del operador.

El Dr. Terrier: En mi enfermería han ingresado muchos casos de infección puerperal y he tenido ocasión de emplear diferentes tratamientos sucesivamente preconizados. He observado mejorías momentáneas, pero al cabo de veinte, veinticinco ó cuando más treinta días, la enfermedad ha terminado por la muerte. En vista de estos fracasos he ensayado la histerectomía sin éxito. De todos modos recuerdo una enferma operada por mi interno Gosset y que ha curado. En tales casos es difícil señalar una línea de conducta, pero creo que esta operación hecha de urgencia puede salvar algunas enfermas.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 12 *de Febrero de* 1901.

Difteria bronquial primitiva.—El Dr. Ausset: En diciembre último fuí llamado en consulta para ver una niña de cinco años, que padecía desde tres días antes pneumonía doble. El día de la consulta por la tarde, la enferma tuvo dificultad respiratoria, que fué en aumento. Cuando la ví se hallaba en pleno estado asfíxico, con la cara violácea, las extremidades frías, moribunda. A la auscultación se descubrieron algunos focos diseminados de bronco-pneumonía y signos de bronquitis generalizada. Voz apagada, tos ronca, pero nada en las fauces. Este estado podía explicarse por dos hipótesis: crup ó espasmo frenoglótico, sobrevenido durante una bronco-pneumonía. Convenía ante todo combatir la asfixia, y practiqué la intubación *in extremis*. A los pocos minutos el tubo fué expulsado con falsas membranas. Volvió á introducirse y fué expulsado de nuevo; pero á causa del estado de depresión de la enferma y de la mejoría ligera de la disnea, no volvió á introducirse el tubo hasta la tarde, y entonces quedó aplicado. En este intermedio se hizo una inyección de 20 cent. cúb. de suero antidiftérico, y después dos de sulfato de esparteína, y á las tres horas, otra nueva inyección de la misma cantidad de suero. Bajo la influencia de esta terapéutica enérgica y del restablecimiento de la respiración, gracias al tubo, el estado de la enferma mejoró con tal rapidez, que se asistió á una verdadera resurrección. A las sesenta y seis horas pudo suprimirse el tubo. La enferma curó. El examen de las falsas membranas demostró que se trataba de una difteria asociada; estreptococos y bacilos de Lœffler.

La expulsión de las falsas membranas resolvió el diagnóstico. La enferma padecía un crup ascendente, consecutivo á una difteria bronquial. Los beneficios del suero fueron innegables. Ante la gravedad del caso, no vacilé en inyectar 40 cent. cúb. de suero en dos veces con tres horas de intervalo. Considero este caso como un triunfo de la intubación, que es necesario emplear al principio, reservando para lo último la traqueotomía. En la enferma de que se trata insistí en usar el tubo, no obstante haber sido expulsado dos veces, y no tengo por qué arrepentirme de mi insistencia.

El Dr. Richardière: No acepto en absoluto el diagnóstico de bronquitis diftérica primitiva. Respecto al empleo de suero, creo que no es necesario inyectar más de 20 cent. cúb.

El Dr. Barbier: Es difícil diagnosticar el crup ascendente cuando no se observa á los enfermos detenidamente y desde el principio de su afección. Los bacilos diftéricos procedentes de una lesión faríngea ó nasal, inadvertida ó curada, pueden introducirse en los bronquios y producir después en ellos falsas membranas, bajo la influencia de una enfermedad intercurrente, el sarampión en particular.

El Dr. Variot: Pongo en duda el diagnóstico del Dr. Ausset, á causa de lo difícil que es en los casos de este género reconocer con exactitud el origen y la marcha del proceso diftérico.

El Dr. Sevestre: Se ve á menudo expulsarse falsas membranas lobuladas al practicarse la intubación, aunque nada se observa en las fauces. Pero

es posible que el punto de partida haya acaso sido una lesión faríngea desaparecida, ó una lesión nasal invisible, y Bretonneau cita varios casos de estos últimos.

El Dr. Ausset: Existen observaciones auténticas de bronquitis diftéricas primitivas. Admito con el Dr. Barbier la invasión de los bronquios por el bacilo de Lœffler, bajo la influencia de enfermedades intercurrentes, el sarampión entre otras; pero es imposible afirmar el diagnóstico sin la expulsión de falsas membranas. Creo que pueden emplearse dosis elevadas de suero en los casos graves.

El Dr. Méry: He encontrado muchas veces bacilos de Lœffler en los bronquios de niños muertos de sarampión, sin que existiera otra lesión diftérica apreciable.

Resultados obtenidos por el examen radioscópico en los derrames de la pleura en la infancia.—El Dr. Variot: Las observaciones que he hecho en colaboración con el Dr. Chicotot, confirman en absoluto las de los Dres. Bouchard y Beclère. Se ve en el lado enfermo una sombra perfecta, que contrasta con el lado sano, que queda claro. Este medio de reconocer la existencia de los derrames de la pleura es utilísimo, cuando se trata de niños de poca edad, en los que el diagnóstico por los medios ordinarios ofrece dificultades grandísimas. En los casos de pneumotórax se ve con toda claridad la línea de nivel del líquido, y pueden seguirse las oscilaciones que la imprime la sucusión. No ha sido posible reconocer diferencia alguna entre los derrames serosos y los purulentos. La dislocación del corazón y del mediastino se aprecian perfectamente por la radioscopia, con mucha más facilidad que por la percusión, y constituye un signo utilísimo para conocer la abundancia del derrame y, por lo tanto, las indicaciones.

Por último, el examen radioscópico tiene la gran ventaja de permitir hacer comprobaciones exactas en poquísimo tiempo.

El Dr. Guinon: La radioscopia es utilísima para el diagnóstico de que se trata, sobre todo en los niños de menos de seis meses. En los de más edad se hace el diagnóstico por la auscultación y la percusión, con más ó menos dificultades y paciencia.

El Dr. Ausset: La radioscopia es utilísima para reconocer la pleuresía interlobulillar, según demuestran dos casos que he observado. En el primero sospechaba una pleuresía de este género, pero fué inútil cuanto hice para esclarecer el diagnóstico. Hasta practiqué, sin éxito, una punción exploradora. Recurrí entonces á la radioscopia, que confirmó mis previsiones, y la punción practicada entonces de la manera debida dió salida al pus. Conviene advertir que la radioscopia es un modo de examen bastante difícil de utilizar en la práctica privada. El segundo enfermo padecía pleuresía purulenta, que se había confundido al principio con una tuberculosis pulmonar. Rectifiqué el diagnóstico por los procedimientos ordinarios de exploración y lo confirmé por la radioscopia. A propósito de la naturaleza del derrame, llamo la atención sobre el valor del signo de la moneda de 10 céntimos (Pitres); la percusión con una de estas monedas produce un sonido metálico argentino, hasta el límite superior del derrame, en el caso de pleuresía sero-fibrinosa. He observado siempre este signo en dicha pleuresía, pero no en la purulenta.

Nuevos instrumentos para la intubación y la traqueotomía. — El *Dr. Froin*, interno del Hospital Trousseau, presentó estos instrumentos : La cánula de intubación es más ancha y termina por abajo en una especie de asa, que circunscribe dos grandes ojos laterales, lo que facilita bastante la introducción ; su orificio superior tiene la forma de embudo y presenta en su borde posterior un agujero, en el que se engancha para la extracción un dedal especial. Los demás instrumentos son : un porta-tubos, de mecanismo sencillísimo ; un dilatador de resorte, y bisturís acodados de forma especial.

F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 12 *de Febrero de* 1901 (1).

Envenenamiento arsenical por la cerveza. — El *Dr. Reynolds* presentó fotografías de los casos que demuestran, entre otros puntos, los siguientes síntomas presentados por los enfermos. Edema de las extremidades, análogo al que se observa en el beri-beri ; eritromelalgia de las manos y de los piés; erupciones papulo-eritematosas en los miembros y en el tronco, en ciertos casos placas anulares, parecidas á una sifílide ; erupciones herpéticas típicas en las zonas de distribución de los nervios sensitivos ; pigmentación, á veces de color de chocolate, menos marcada en la cara que en los demás puntos ; keratosis de las manos y de los piés, descamación furfurácea y erupciones ampollosas en estos puntos y en otros varios ; arrugas transversales de las uñas ; púrpura de las extremidades ; parálisis de los miembros, con ó sin edema ; manos y piés péndulos por parálisis de los extensores ; en un caso, que curó, parálisis completa del diafragma ; estos síntomas fueron debidos al arsénico que se extrajo de la cerveza por el método de Reinsch.

El *Dr. Dixon Mann* llamó la atención sobre los dos tipos de envenenamiento observados entre los bebedores de cerveza. En el primero hubo elevación de la temperatura, sudor abundante, apatía ó somnolencia, impulso débil del corazón con dilatación de este órgano y edema pulmonar. En dichos casos no se observó dolor, lesiones de la piel ni neuritis periférica. Estos enfermos corrieron peligro de muerte por parálisis del corazón, y la convalecencia fué siempre larga ; la enfermedad se confundió con la fiebre entérica, pero no se observaron síntomas intestinales. En el segundo tipo no hubo elevación de la temperatura, sino colapso por debilidad del corazón, amenazadora desde el principio, y en ciertos enfermos diarrea y vómitos. En un caso estos síntomas no se presentaron hasta siete días después del envenenamiento, y en otro hasta los catorce. En lo referente al aspecto químico del problema, el arsénico usado se ha considerado como un veneno que no se acumula, pero la epidemia reciente prueba lo contrario. Se elimina primero por los riñones y el intestino y hace algunos años demostró que el ar-

(1) La sesión del día 23 de enero se suspendió en señal de duelo por la muerte de la reina Victoria.

sénico puede encontrarse en la orina media hora después de tomar una dosis de cinco gotas de licor arsenical. Se encuentra también en los excrementos de la primera defecación. En el envenenamiento arsenical agudo por una dosis elevada, el arsénico no se ha descubierto hasta ocho ó diez días después de su absorción. Pero en el envenenamiento crónico los resultados son diferentes y el veneno se deposita en los tejidos, combinándose en cierto modo con ellos. Se ha descubierto en la orina á los veintiséis y treinta y un días después de consumir la cerveza envenenada. Del análisis de las vísceras de siete personas que sucumbieron, deduce el Dr. Mann que el tiempo no es el único factor que influye en la eliminación del veneno; en una mujer, por ejemplo, se encontró en el hígado, el bazo y los riñones, veintidós días después de beber cerveza; en otro caso no se descubrió á los veintitres días. En la actualidad es imposible afirmar su presencia en el cerebro. Se han encontrado cristales de arsénico en las escamas epitélicas, en las uñas engrosadas y en los cabellos. Cree que la predilección de la neurokeratina (que existe en las vainas de los nervios) por el veneno, explica en parte los síntomas paralíticos. En varios heridos tratados en los hospitales de Manchester, se descubrió arsénico en la orina, aunque los enfermos no presentaron síntomas de envenenamiento.

El *Dr. Judson Bury* dijo que la descamación es por regla general característica, pero que puede existir en las plantas de los piés sin ser debida al arsénico. La neuritis puede ser debida al alcohol. Para diagnosticar esta neuritis de la arsenical, tienen una gran importancia el eritema doloroso y la keratosis de la palma de la mano. En la neuritis debida al arsénico, además de los síntomas indicados, se observa hiperestesia de los piés y de las manos, que persiste hasta nueve meses después de eliminarse el veneno. Las articulaciones metacarpofalángicas, suelen estar doloridas é hinchadas. En la neuritis arsenical, los extensores de los dedos y de la muñeca, se afectan de preferencia y se observa en los dedos un estado parecido á la contracción de Dupuytren. En la verdadera neuritis alcohólica se presenta caída de la mano y del pié, mientras que en la forma arsenical hay más tendencia á la ataxia. La pérdida de la memoria es un síntoma frecuente en el envenenamiento alcohólico.

El *Dr. Nathan Raw* manifestó que en Liverpool el número de envenenamientos había sido corto, pero graves. Se han observado casos de neuritis alcohólica verdadera, principalmente en mujeres. El prurito de la conjuntiva y la tumefacción de los párpados, dependiente del arsénico, son distintos del ojo «lagañoso» de los enfermos alcoholizados. Ha descubierto arsénico en la orina de 30 enfermos, pero nunca diez días después de suspender el consumo de cerveza. Ha empleado con éxito ioduro potásico, á la dosis de 25 centígramos, una buena alimentación y el amasamiento. La parálisis motora—que cree imposible de distinguir de la debida al envenenamiento alcohólico—cura antes que esta última, pero los trastornos sensitivos son más graves. Cree, según ha demostrado el profesor Osler hace tiempo, que el arsénico combinado con el alcohol es más perjudicial que cuando se toma solo.

El *Dr. Kelynack* dijo que los síntomas paralíticos observados en 1898 en los casos de neuritis alcohólica, son completamente análogos á los de la epi-

demia actual. Ha observado dos casos de envenenamiento en niños y cree que el arsénico fué tomado con la leche, aunque no es posible probarlo. Ha descubierto arsénico en la orina seis semanas después de ingerido. La glicosa empleada en la fabricación de la cerveza, contenía bastante arsénico.

Sir Lauder Brunton citó los experimentos de J. Hunter y Benjamin Brodie, según los cuales la misma dosis de arsénico, absorbida por una herida hecha á un perro, produce efectos más venenosos que cuando se administra por la boca, particularmente en lo que se refiere á los síntomas gástricos. Cree que el alcohol ó cualquiera otra substancia análoga contenida en la cerveza, aumenta el efecto venenoso del arsénico y hace que influya más directamente sobre el sistema nervioso. Según toda probabilidad, en la epidemia actual se ha combinado con un miembro del grupo etílico. En confirmación de lo expuesto, cita el método empleado en la Edad Media de envenenar un cochinillo con arsénico y colgarlo después ; la baba del animal tenía una virulencia *sui generis* y se usaba en los envenenamientos criminales.

El *Dr. Luff* dijo que el alcohol aumenta la virulencia del veneno. El descubrimiento de cristales de arsénico en la piel, es importantísimo para el diagnóstico. Ha observado 40 casos de envenenamiento arsenical durante la última epidemia. En casi todos ellos, los síntomas predominantes fueron punzadas en los piés y las manos y parálisis. Los vómitos se presentaron sólo en el 30 por 100 de los casos, y es posible que dependieran del catarro gástrico debido al alcohol. El arsénico es un veneno que se acumula, y lo prueba un caso observado por el Dr. Reynold ; el enfermo tuvo una erupción ampollosa seis semanas después de suspender el consumo de cerveza.

El *Dr. Tunnicliffe* cree que, en vista de los síntomas observados, el ácido sulfúrico contenía otras impurezas además del arsénico. El selenio produce en los animales síntomas análogos á los que ocasiona el arsénico. Sus efectos sobre el hombre son desconocidos. Ha analizado la cerveza venenosa y la glicosa y ha encontrado en ella selenio y ácido selenioso. Es posible que haya influído en la epidemia actual, aunque la causa principal ha sido el arsénico.

El *Dr. F. Taylor* dijo que la parálisis muscular con dolor y sensibilidad, se observan no sólo en el envenenamiento arsenical y alcohólico y en el beriberi, sino también en la fiebre tifoidea, en la difteria y en la pleuro-pneumonía.

El *Dr. Sidney Ringer* manifestó que, según sus experimentos, el arsénico es un veneno general de los tejidos, tanto del muscular como del nervioso.

El *Dr. Reynolds* dijo que no está probada en la epidemia actual la existencia de la verdadera neuritis alcohólica. Se ha encontrado el arsénico no sólo en la glicosa, sino en el azúcar ordinaria empleada para fabricar cerveza y en la levadura. El arsénico á dosis cortas y continuadas, suele producir neuritis sin otro síntoma de la piel y de los demás órganos.—F. Toledo.

SOCIEDAD OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA DE SAN PETERSBURGO

Sesión del día 29 *de Noviembre de* 1900.

Espina bífida.—El *Dr. J. L. Dolinsky* comunica tres casos de espina bífida que operó por el método osteoplástico en el Instituto de Comadronas. En el primer caso han pasado ya siete meses desde la operación. El niño nacido á término está ahora perfectamente sano. La incontinencia de orina que padecía ha desaparecido, y los padres afirman que, intelectualmente, se desarrolla tan bien, si no mejor, que sus hermanos mayores. En el segundo caso han pasado seis semanas después de la operación, que tuvo buen éxito; el niño, presentado á la Sociedad, tiene aspecto de perfecta salud y su desarrollo corresponde á su edad. En el tercer caso hace tres semanas que se practicó la operación. Esta vez el resultado no fué tan bueno; las suturas supuraron, los pedacitos óseos se necrosaron y desprendieron, formándose fístulas.

Dolinsky explica este resultado por la circunstancia de haberse tardado una semana en efectuar la operación, que para seguridad del buen éxito debe hacerse en el plazo de tres á seis horas después del nacimiento. En los tres casos la espina bífida estaba en la región lumbo-sacra, y no contenía más que líquido cerebro-espinal (*meningocele*).

Después de explicar detenidamente los varios métodos operatorios (punción con compresión, punción con inyección de iodo — con glicerina ó con ioduro potásico —, extirpación del saco y cierre del defecto con piel ó con hueso), Dolinsky hace constar que hay tres formas de hernia cerebro-espinal: meningocele (contenido líquido), meningo-mielocele (contenido de restos de nervios y masa medular degenerada), y mielo-cistocele (contenido de substancia medular distendida é hinchada), presentando esta última forma, al parecer de todos los autores, un *noli me tangere:* la mortalidad de los niños nacidos con espina bífida, y no operados, es enorme. Después de exhibir los dos últimos operados y describir detalladamente la marcha de la operación, Dolinsky ruega á los presentes le comuniquen sus casos de espina bífida, y se ofrece á operar ó ayudar en la operación.

El *Dr. U. V. Potyeyenko* dice que dos veces tuvo ocasión de operar una espina bífida, procediendo en ambos casos sin osteoplastia; uno de los niños se curó y el otro murió por infección del saco.

El *Dr. L. S. Kanzelson* refiere que en el Hospital de Obujof, Zeidler operó un caso de espina bífida, hallándose la hernia situada en la región de las últimas vértebras torácicas. No se consiguió la formación de un colgajo óseo, y hubo de contentarse con el periostio; el niño murió.

Ligadura de los vasos nutricios del útero afectado de inomiomas.—El *Dr. N. M. Kakushkin* da cuenta de 92 casos de inomioma uterino tratado con la ligadura de los vasos, siendo 85 copilados de la literatura y 7 operados por Ott, Strauch, Levof, Levitsky y Kakushkin mismo. La edad de las enfermas variaba entre treinta y cincuenta años; la duración media de la enfermedad era de tres años; el volumen del tumor oscilaba entre el de un puño y el de una cabeza de adulto: en un tercio de los casos, el volumen no ex-

cedía al de una manzana ó naranja. En la gran mayoría de los casos, los tumores eran intraparietales. Las quejas de las enfermas se reducían á hemorragias, dolores ó sensación de pesadez.

En 82 casos se ligaron las arterias uterinas, en 5 las espermáticas, y en los 5 restantes ambas, quedando, empero, dudoso si en estos últimos las uterinas llegaron á ligarse. La ligadura de las uterinas dió el mejor resultado. En términos generales, puede decirse que cuanto más vieja sea la mujer y menos grande el tumor, mejor será el resultado. En 10 por 100 de las operaciones se presentó una recidiva al cabo de diez meses. En la mitad de los casos las operadas quedaron en observación solamente unos seis meses: la otra mitad durante uno ó dos años.

La ligadura de los vasos nutricios del útero puede hacerse por *necesidad*, cuando es imposible extirpar el tumor, ó por *elección*, cuando la enferma no quiere consentir la operación radical. Los casos más apropiados son los de tumores intersticiales pequeños, como manzanas ó naranjas.

El *Dr. G. F. Batsevich* considera desacertada la tesis segunda de Kakushkin, y opina que los inomiomas pequeños deben extirparse siempre, porque no provocan solamente síntomas locales, sino que influyen también en el corazón, la capa cortical de los riñones, etc.

El *Dr. L. G. Lichkus* hace constar que los datos del conferenciante sobre recidivas no son exactos: quedando en la mitad de los casos las enfermas sólo seis meses en observación, es evidente que la cifra de 10 por 100 de recidivas observadas al cabo de diez meses después de la operación pueden referirse solamente á la mitad de los casos, y por consiguiente será el doble. Lo mismo puede decirse también de otras cifras análogas.

El profesor *Fenomenof* se adhiere á esta observación, y añade que tampoco encuentra convincente la primera tesis del conferenciante; ¿si es posible ligar todos los vasos, por qué no extirpar también el tumor?; por otra parte, la ligadura de las arterias uterinas á través de la vagina puede resultar una operación impracticable; Kakushkin mismo dice que estas arterias se desvían muchas veces de su sitio ordinario y presentan varias irregularidades. Es sensible que Kakushkin se haya limitado á citar los datos publicados sin someterlos á una crítica y sin presentar sus propios juicios.

Tratamiento de las afecciones ginecológicas en Franzensbad. — El *doctor L. F. Nenadovich*, en vista de sus propias investigaciones (tomando 20 baños de tarquín y determinando la temperatura de su cuerpo, antes, durante y después de los mismos), y de los datos publicados, sienta las siguientes tesis: Los datos que existen sobre el efecto fisiológico del tratamiento con fango, no pueden considerarse suficientes ni apropiados para dar á este tratamiento una base científica. Para adelantar algo en esta cuestión, importa que todos los investigadores empleen los mismos aparatos. Todos los métodos de fangoterapia pueden dividirse en dos clases, según que se use ó no la calefacción del cuerpo y la sudación. Ambos métodos obran sobre el mismo principio; pero el efecto del sudorífico es mayor que el del método sin sudación. Franzensbad pertenece al número de los balnearios en que se emplea la fangoterapia sin sudación; gran importancia tienen también las aguas ferruginosas tomadas al interior. Esta combinación equipara la fangoterapia fría á la sudativa sin los riesgos de ésta. La composición química

de las aguas de Franzensbad permite prescribirlas en los estados más diversos de los órganos digestivos. El clima de dicho balneario, según una experiencia secular, corresponde á la fangoterapia como allí se practica. Por todo esto, Franzensbad debe calificarse de Sanatorio bien acondicionado. En cuanto á los baños ferruginosos, Nenadovich opina que obran por su temperatura y por cierta irritación de la piel.

El profesor *A. J. Zamshin* considera las irrigaciones vaginales con agua mineral (que en Franzensbad no se practican), muy eficaces, sobre todo si se hacen con abundante agua á poca presión y combinadas con los baños generales de agua mineral de fango.

El *Dr. E. B. Dimant* cree que los Sanatorios rusos (v. gr., los limanes de Odesa), son incomparablemente más potentes recursos curativos que Franzensbad. El que los fangos de este balneario son bastante flojos, se deduce también del hecho que los refuerzan con los baños de agua mineral, considerando esta combinación de igual efecto que el método sudativo de los balnearios rusos. El tratamiento con el fango calentado no puede considerarse arriesgado; si los procesos inflamatorios se exacerban, se interrumpe el tratamiento por algunos días, y luego se reemprende. Estas exacerbaciones, si no se trata de blenorragia, son favorables, pues coinciden con una absorción más enérgica de los exudados. La combinación de la fangoterapia con el uso de las aguas minerales no se excluye tampoco en los balnearios rusos. Sería interesante tener datos clínicos sobre el tratamiento simultáneo con fango calentado, aguas minerales y masaje ginecológico. Las observaciones fisiológicas tienen su importancia, pero sin los datos clínicos no adelantaremos nada.

El profesor *V. V. Stroganof* opina que ya hay bastantes datos para preferir los métodos sudativos en los casos crónicos é inveterados y los de Franzensbad y análogos en los casos antes bien subagudos. Casos de decidido empeoramiento son posibles, lo mismo en Saki y Odesa que en Franzensbad. El método sudativo empleado en los casos adecuados, no puede considerarse arriesgado. Una visita pasajera á Franzensbad, le ha dejado buena impresión, aunque las instalaciones distan mucho de ser ideales.

El *Dr. N. I. Rachinsky* dice que según los conceptos actuales, no puede atribuirse un efecto específico á los lodos medicinales como hace Nenadovich. En efecto, no hay absorción cutánea de los componentes en cantidad apreciable, prescindiendo de que es insignificante la cantidad de iodo, bromo, hierro, etc., contenida en los fangos; los experimentos de Parisky con baños de arena caliente, de Filippovich con el lodo caliente de los lagos de agua dulce y de Preobrazhensky con los baños de barro, demuestran que el efecto terapéutico es el mismo que el de los fangos medicinales. Leichtenstern sostiene que las sales y gases de los baños no influyen perceptiblemente en la temperatura, metabolismo, circulación ni respiración; de la misma opinión es Rossbach y el ruso Kremyansky, que estudió la acción fisiológica de los baños minerales del Cáucaso, deduce de sus experimentos, que los cambios de temperatura, peso, pulso y respiración, no dependen de la composición química, sino de la temperatura de los baños, sean de agua, sean de fango. Bertenson y Voronijin, dicen que no hay bastante fundamento para atribuir una acción específica á las sales y los gases contenidos en el

fango, y debe considerarse como no demostrado aún, que el fango por sí solo, independientemente de la temperatura y saturación del baño, posean propiedades resolventes específicas. No se puede negar que las pequeñas infiltraciones puedan absorberse bajo el influjo del tratamiento de Franzensbad como de cualquier otra cura resolvente y absorbente; mas cuando se trata de exudados antiguos y cuantiosos, nuestros fangos medicinales son superiores á los de Franzensbad; para la absorción de antiguos exudados consistentes, con circulación floja y tarda, hace falta un aflujo activo de sangre, cierta exacerbación de los fenómenos inflamatorios; además, el estado febril provocado á diario por los baños calientes, puede favorecer la degeneración grasosa y por ende acelerar la absorción de los exudados inflamatorios; finalmente, la abundante secreción de sudor después de los baños, quitando agua y sales á la sangre, fomenta la oxidación de la albúmina del plasma para restablecer el equilibrio y la copiosa ingestión de líquido durante la sudación produce el efecto de un enjuague del organismo, eliminando los productos de la metamorfosis regresiva de los tejidos. Nada de esto sucede con los baños de tarquin de Franzensbad. Estos se hallan indicados en toda clase de metritis, endometritis, ootequitis, sin alteraciones anatómicas marcadas, sobre la base de una circulación tarda, en conexión con insuficiencia de la prensa abdominal y suelo pelviano, sobre el fondo de una plétora de dichas regiones, sistema vascular flojo, anemia, etc. Este es el gran contingente de enfermos ginecológicos, á los cuales los baños de fango de Franzensbad y el uso de sus aguas ferruginosas, aportarán un indudable y considerable provecho.

El *Dr. E. G. Batsevich* opina que como las aguas de composición artificial no pueden sustituir á las naturales, asimismo el fango de unas aguas no puede reemplazarse con el de otras.

El *Dr. L. G. Lichkus* cree que los partidarios de tal ó cual agua mineral, provocan siempre cierta desconfianza, porque ensanchan demasiado las indicaciones para su uso. En el caso presente, por ejemplo, se citan también los vicios cardíacos como indicaciones para el uso de Franzensbad. No cabe duda que la hidroterapia puede aliviar temporalmente y hasta cierto grado los graves síntomas que acompañan á las afecciones cardíacas; pero de verdadera curación no puede hablarse, y hay que pensar que los resultados favorables son debidos, hasta cierto punto también, á la sugestión, además de los baños; al menos es esta la impresión que ha recibido el Dr. Lichkus durante su estancia en Nauheim.

El *Dr. L. F. Nenadovich* dice que ha mencionado Franzensbad como Sanatorio para cardíacos, precisamente porque allí se ha instalado una sección correspondiente sobre el modelo de Nauheim, pero que admite que con la hidroterapia pueden obtenerse los mismos resultados en casa, y que los obtenidos en los balnearios se deben en parte á la sugestión.

El profesor *Fenomenof* opina que en una sola sesión es imposible resolver todas las cuestiones referentes á la fangoterapia en general y la que se practica en Franzensbad en particular, pero que de todos modos, conviene hacer constar que los fangos de los balnearios rusos (Maynaki, Chokzak, Odesa, etc.), son incomparablemente más fuertes que los de Franzensbad. Además, en Saki el fango se calienta por la acción directa del sol, y no al vapor,

como se hace en Franzensbad, que puede compararse con Zhelesnovodsk, sobre el cual tiene la ventaja de sus instalaciones más perfectas. Con todo, también los balnearios rusos han ido perfeccionándose, de lo cual Fenomenof ha podido convencerse durante sus visitas al Cáucaso en estos últimos seis años. — (*Vrach*). — SENTIÑÓN.

PERIÓDICOS

La actitud del cuerpo en los casos de dilatación gástrica. — Refiere el doctor C. J. H. Aitken haber sido consultado por un sujeto robusto de veintiocho años de edad, en el que durante el último año, la espalda se fué doblando cada vez más, á causa de que siempre que quería poner el cuerpo derecho sentía en el abdomen dolores más ó menos violentos. El examen demostró la existencia de una dilatación gástrica bastante graduada. Por medio de una gimnasia respiratoria, en que se atendió principalmente á las partes superiores de los pulmones, se fué consiguiendo poco á poco que el enfermo pudiese ponerse completamente derecho.

El autor cree que estos casos deben ser muy frecuentes. Las sensaciones desagradables que se experimentan en los casos de dilatación de estómago siempre que se practican inspiraciones profundas, obligan á esta clase de pacientes á ir excluyendo paulatinamente á las partes superiores del pulmón de la función respiratoria, con lo cual no puede menos de producirse un aplanamiento del tórax y un encorvamiento del dorso. La recuperación de la actitud erguida se facilita muchísimo en estos casos con el uso de una faja ventral fuerte que disminuya las sensaciones desagradables que se experimentan en el abdomen.—(*Med. Press. and Circ.*).—R. DEL VALLE.

Ingerto de ojo de conejo en la cápsula de Tenon del hombre. — El Dr. Lagrange ha presentado en la *Sociedad de Medicina de Burdeos* tres enfermos en los que, después de la enucleación ocular, ingertó con éxito el ojo de un conejo vivo. Procedió del modo siguiente: introdujo el ojo del conejo en la cavidad de la cápsula de Tenon del hombre, dirigió hacia adelante los músculos rectos y los suturó dos á dos; encima dió cuatro ó cinco puntos de sutura para reunir la conjuntiva. Teniendo cuidado de contener completamente la hemorragia que sigue á la enucleación, para que no haya derrame sanguíneo entre el ojo ingertado y la cápsula de Tenon, y adoptando las precauciones antisépticas necesarias, el ingerto prende bastante bien, sin reacción inflamatoria. De estos enfermos, uno fué operado hace tres meses y dos hace uno. El resultado ha sido, al parecer, satisfactorio.

(*Le Progrès Médical*). — F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

COMPROBANTE DE CÓMO LAS AGUAS MINERALES OBRAN EN EL DIABÉTICO

POR EL

DR. DEBOUT-D'ESTRÉES

Médico-Consultor de las Aguas de Contrexeville.

Cuando empecé á estudiar la medicina (1859), los pobres diabéticos descuidaban su cura y llamaban al médico cuando ya era demasiado tarde.

Debo decir que en aquel tiempo, los médicos no buscaban en el análisis de la orina las informaciones tan preciosas que ofrecen al práctico. Frecuentemente la diabetes no era descubierta más que en el último período de la enfermedad.

Por mi parte, he encontrado, desde 1868 que ejerzo en Contrexeville, un número considerable de enfermos que tenían la diabetes sin saberlo.

Estos enfermos, que venían á estas aguas por padecer gota, piedra ó catarro de la vejiga, no presentaban ningún síntoma de diabetes, que descubría en el análisis que hago yo mismo de todo enfermo que tengo á mi cargo.

Ninguno de ellos tenían poliuria, polidipsia ó anafrodipsia, ni otro síntoma que llamase la atención de su médico sobre la posibilidad de la diabetes.

Un análisis me ha permitido descubrir 40 gramos de azúcar por litro en un hombre de cincuenta años, que no presentaba otro síntoma que la debilidad en sus piernas, á pesar de su apariencia de robustez. El uso de las aguas, durante tres años, le ha curado enteramente y le permite andar 15 kilómetros y volver á emprender su vida de cazador, que tanto sentía privarse de ella.

Vamos á probar cómo las aguas obran en la diabetes.

Mi opinión es que *las aguas obran purificando la sangre del ácido úrico*. Sin entrar en una discusión sobre la naturaleza de la diabetes, diré que la Clínica de Contrexeville prueba la verdad de la opinión de Marchal de Calvi, que escribía en su notable obra *Recherches sur les accidents diabetiques*, París, 1864: «Lo que aparece más ostensible en la patogenia de la diabetes, es la influencia del ácido úrico, es la identidad de la gota y de la diabetes, subordinadas las dos á la misma unidad morbosa, la diátesis úrica».

Treinta y tres años de práctica en Contrexeville me permiten confirmar esta aserción. No quiere con esto decir que todos los diabéticos estén sujetos á la diátesis úrica, pero lo que sí puedo asegurar es que el 95 por 100 de los diabéticos que he visto en Contrexeville pertenecían á esta categoría.

Un enfermo llega á estas aguas con orinas claras, sin ningún depósito, pero conteniendo de 15 á 100 gramos de azúcar por litro. Al cabo de la primera semana, se ve en la orina un pequeño enturbiamiento en el fondo del vaso.

Cuando yo hago ver á un médico que pasa por mi laboratorio este enturbiamiento, me dice generalmente que es *mucus*, y queda sorprendido cuando se lo hago ver con el microscopio que lo que él llama *mucus* es ácido úrico muy fino.

Este error, es más general entre los médicos de lo que se puede suponer.

Los célebres profesores difuntos Broca y Jules Simon cometieron este error en Contrexeville, lo mismo que varios distinguidos colegas de Inglaterra y América.

Esta expulsión de ácido úrico microscópico concuerda con la disminución del azúcar, generalmente ya reducido á la mitad.

Después de la segunda semana de la cura, el ácido úrico se puede ver á simple vista y el azúcar ha desaparecido casi enteramente, y al fin de la tercera semana no queda ya nada.

Es digno de notar que la expulsión del ácido úrico no cesa con el uso del agua, pero continúa durante diez ó quince días después que ha concluído la cura.

Esta expulsión de ácido úrico, coincidiendo con la desaparición del azúcar, demuestra cómo las aguas minerales obran en la diabetes y pueden curarla.

He establecido la verdad de esta aserción en el último Congreso Internacional de Hidrología en una comunicación titulada *Cien casos de diabetes tratados en Contrexeville*.

Podría enumerar muchos otros casos, probando que la desaparición del ácido úrico concuerda con la eliminación del azúcar, pero me limito á señalar al lector la relación que he dado al Congreso Internacional que, como es sabido, se celebró en Liège (Bélgica).

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA HIPOTERMIA EN LAS INFECCIONES

POR EL

DOCTOR DON ANTONIO ESPINA Y CAPO

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial.

Estudiada con gran detenimiento en las infecciones la hipertermia, aun cuando todavía no haya una explicación verdaderamente clara y concreta referente á la fiebre en conjunto, ni aun al aumento de temperatura, que no es en sí la fiebre, pasan, sin embargo, inadvertidos una serie de hechos en las infecciones, cuyo carácter es un descenso en el calor normal, ó sea la hipotermia, ya por debajo de la cifra fisiológica, hipotermia absoluta, ya por debajo de la cifra normal de la infección, hipotermia relativa. Siendo el hombre un animal homeotermo, mantiene una temperatura que pudiéramos llamar fisiológica constante, y cuyas alteraciones, dentro de este tipo fisiológico, tienen un máximum y un mínimum, pero de tan escasas oscilaciones, que puede darse una temperatura media como normal (37°), sostenida por el sistema nervioso regulador y las desviaciones patológicas de esta temperatura, teniendo límites extremos tanto superiores como inferiores (35 á 42°), oscilan en un término medio (40°), imposible de superar, sin un grave trastorno, en la economía, y aun en los casos más extremos, la muerte misma.

Oscila, por lo tanto, todo este conjunto de la temperatura humana, normal y patológica, entre los 35 á 42°, y en estos 7° hay una serie de hechos constitutivos de la fiebre, de la temperatura fisiológica y de la hipotermia tan complejas, tan difíciles de apreciar, que basta que uno de los elementos constitutivos de estas temperaturas se altere, para que toda la regulación del calor se pervierta y aparezcan la hipertermia y la hipotermia; y prescindiendo por ahora de la primera, pasamos á ocuparnos de la segunda en sus relaciones con la infección aguda.

Tomando como punto de partida los hechos de la fisiología expe-

rimental y teniendo en cuenta que todavía no está hecha la patología experimental, sabemos que hay venenos que tienen por acción elevar ó deprimir la temperatura, y algunos que al principio de la intoxicación pueden elevarla y al final deprimirla, muriendo el animal intoxicado en una verdadera algidez. Para que esto suceda, es necesario que los venenos sean venenos del sistema nervioso, puesto que todos los demás no determinan una acción de conjunto sobre la temperatura tan clara y distinta, aun cuando hay pocos venenos cuya influencia no recaiga sobre el sistema nervioso. Estas acciones pertenecen al grupo de las neuro-excitantes ó de las neuro-paralíticas, y casi todos los tipos de venenos anestésicos ó paralizantes son venenos que hacen descender la temperatura y que tienen una acción muy rápida y profunda sobre la termogenesis, observada esta acción por el método de D'Arsonval.

Uno de los tipos más curiosos de estos venenos hipotérmicos es el curare, cuya acción paralizante de los nervios motores determina una falta de actividad de las combustiones musculares y otro tipo le forman los anestésicos que producen la hipotermia por disminución de las combustiones intra-orgánicas, es decir, que en la fisiología experimental encontramos ya verdaderas substancias que provocan hipotermia.

En la terapéutica, hay también medicamentos llamados hipotérmicos, ya por acción sobre el sistema nervioso, ya por acción sobre los glóbulos rojos, disminuyendo las combustiones intra-orgánicas.

Entre los diversos métodos que existen para la aplicación de estos medicamentos hipotérmicos, está el método propulsivo, del que no nos ocupamos por no ser objeto de este artículo, sino un estudio general referente á la posibilidad de que en la economía humana haya temperaturas inferiores á la normal, fisiológica ó patológica, producidas por hechos experimentales.

Se han estudiado con gran detenimiento las curvas termométricas en cuanto á su valor en la hipertermia, al extremo de haberse llegado por síntesis, deducidas del análisis de muchas curvas, á trazar las curvas características, que pueden decirse expresivas de la evolución de algunas enfermedades, con todo su valor diagnóstico y pronóstico, aun cuando este valor no dé absolutamente indicación alguna referente al mecanismo íntimo de esta hipertermia, ni mucho menos el por qué de las irregularizaciones de las temperaturas, siendo insuficientes, hasta ahora, los datos adquiridos en el asunto de la naturaleza íntima de esta hipertermia febril. No faltan tampoco

trabajos referentes á la topografía térmica en el sentido del análisis de la temperatura de la sangre, los tejidos, los músculos, los parénquimas, y, á veces, hasta la repartición desigual de la temperatura en la superficie de la piel, pero falta por completo un estudio de gráficas térmicas que, por ahora analíticas, puedan dar el tipo de evolución de una modificación cuyo carácter sea la hipotermia, y rara vez en los libros se encontrarán estudios de investigación acerca de la irregularización térmica que caracteriza la hipotermia. Y recordando la semejanza estrechísima que existe entre los efectos de ciertos agentes infecciosos y los de los venenos vegetales, y entre ellos la semejanza, casi identidad, que existe entre los efectos del microbio del tétanos y la acción de la estricnina á dosis tóxica, nos ha movido á hacer algunas consideraciones referentes á este asunto, cuyo carácter de actualidad prima, puesto que la característica de las enfermedades bautizadas con el nombre de grippe en la actualidad, están más bien caracterizadas por hipotermia que por hipertermia, y por creer más grave en las enfermedades la hipotermia, y mucho más difícil la terapéutica de esta modalidad sin reacción, que la de las enfermedades hipertérmicas, en las que tenemos multitud de medios para actuar sobre ellas en la terapéutica refrigerante, cuya antigüedad se pierde en la noche de los tiempos, entrando en esta antigüedad desde la hidroterapia á los modernos antitérmicos del grupo sintético industrial.

El punto más importante de la fisiología de estas hipertermias é hipotermias, está en los trabajos hechos modernamente relativos á la regulación térmica en los animales fuertemente exotérmicos con poder regulador. Estos hechos de regulación térmica son dependientes todos del sistema nervioso que determina una intensidad mayor ó menor de las combustiones, sobre todo las musculares, pero hay otro dato, también importante, que se refiere á la radiación del calor, ya por alteración en el gasto, ya en el ingreso. Este gasto del calor varía de dos maneras distintas, ó por radiación cutánea ó por evaporación de agua cutánea ó pulmonar; pero la radiación cutánea es también función nerviosa, por serlo de los vaso-motores, y la circulación de la piel se aumenta ó disminuye, en virtud del juego de estos vasos, ya se admitan los vaso-dilatadores, ya se admita la fatiga de los vaso-constrictores; pero, como decíamos antes, en el bulbo existe un aparato especial de regulación, cuya misión es refrescar ó enfriar al animal, aparato refrigerante que difiere en los animales que sudan y en los que no sudan, es decir, que no sudan por

la piel sino que sudan por el pulmón, por lo cual, el principio físico del enfriamiento es siempre igual. En virtud de esto, los movimientos respiratorios, además de la función química de los cambios internos, tienen como acción el enfriamiento por exhalación de vapor de agua; pero en el hombre, que es el animal á que nos referimos en todas estas consideraciones, la piel es apta para la exhalación, teniendo, además, en la respiración una doble función, por una parte para las necesidades químicas del organismo, y por otra para la refrigeración, cuando el medio externo, muy caliente, en que vivimos lo exige, produciéndose el frío con una mayor ventilación.

Esta modificación por la piel y el pulmón no invalida el hecho anteriormente expuesto de un aparato regulador nervioso, cuya lesión, ó dificulta ó impide esta regulación del calor, y toda lesión profunda del sistema nervioso disminuye los cambios y la temperatura, como lo demostró el patriarca de la fisiología experimental, Claudio Bernard, con el prolapso de los músculos, disminuyendo la termogenesis ó la parálisis de los vaso-motores, aumentando las pérdidas.

Este hecho del papel del bulbo como función reguladora del calor, está confirmado por todos los experimentadores, pero además hay otro mecanismo, que es el mecanismo medular, el cual conduce á la hipotermia en la destrucción de la médula.

También el cerebro, como lo han demostrado los experimentos numerosos de H. Wood, tienen una influencia decisiva sobre la regulación térmica.

En resumen, existe en el sistema nervioso un aparato de regulación del calor, y por lo tanto, lo que hay que buscar es si hay elementos patológicos capaces de provocar modificaciones en estos centros reguladores del calor.

Admitidos de una manera inconcusa para la hipertermia, en la hipotermia ha habido sus dudas y ha sido necesaria la adopción de la doctrina de las causas vivas para llegar á un concepto de la infección, pero faltaba á esta doctrina el descubrimiento de las ptomaínas y de las toxialbúminas para que empezara á vislumbrarse el mecanismo de la hipotermia, y admitiendo la definición que Richet da de la fiebre en su moderno *Diccionario de Fisiología*, de que la fiebre puede definirse *como un desorden de la regulación térmica*, no es ilógico deducir que la hipotermia pueda acaecer de la misma manera que la hipertermia, pues diciendo Richet que la fiebre es siempre debida á una intoxicación y que los venenos bacterianos rara vez pueden producir la fiebre, provocándose más la infección

y que estos venenos de origen bacteriano ó auto-orgánicos, cuestión dudosa todavía, tiene como propiedad característica trastornar la función termo-reguladora del sistema nervioso, nada de particular tiene que esta perversión de la regulación térmica produzca tanto la hipertermia como la hipotermia, aun cuando en la hipotermia sea más complejo el problema, siendo así que la inyección de líquidos pútridos determina más la hipotermia que la hipertermia.

La fiebre, además de la producción exagerada del calor, necesita una perversión del aparato regulador, pero en la disminución de la producción del calor basta para producir la hipotermia aun intacto el aparato regulador. Dejando aparte las hipotermias de este grupo, ó sean las de procesos, como la parálisis, la inanición lenta, la asfixia lenta y todas las dependientes de una debilitación en la actividad química celular, las hipotermias pertinentes en este momento, son las producidas en las infecciones con intoxicación grave, cuyo mecanismo fundamental es el agotamiento del sistema nervioso, siendo ley admitida por los fisiólogos, que todo veneno que tenga por acción relajar los músculos rebajan la temperatura, y por lo tanto, que todo veneno del grupo orgánico cuya acción sea paralizante, hace bajar la temperatura y todos los venenos del sistema nervioso que obren en este sentido sobre los centros nerviosos reguladores del calor, provocarán la hipotermia, hecho que concuerda con los de fisiología experimental.

Ahora bien, admitidas las doctrinas de las secreciones microbianas y el grupo de las toxinas alcalóidicas de los microbios patógenos, y de las toxinas microbianas albuminósicas, ya no hay que forzar el razonamiento para comprender la posibilidad de que entre todas estas toxinas haya grupos de diferentes acciones, como se deduce de los trabajos de todos los patólogos experimentales; ya excitando los centros reguladores del calor de una manera ó de otra, provocando la hipertermia ó la hipotermia, y algunos, como dice Charrin en su artículo de la infección en la *Enciclopedia de Patología general*, del Dr. Bouchard, ver al mismo agente engendrar afecciones, unas de las que se acompañan de aumento y otras de disminución térmica; de modo que la hipertermia nace bajo la influencia de las toxinas lo mismo que la hipotermia; esto se prueba fácilmente inyectando los principios propios de la función del bacilo del colon.

Sin entrar en los múltiples mecanismos que en la intección se asocian para imprimir al calor orgánico oscilaciones, ya en el sentido de la hipertermia, ya en el de la hipotermia, creemos suficiente lo di-

cho para probar que está todavía por trazar el cuadro de la hipotermia en las infecciones agudas, hipotermia que aparece aun en aquellas que como la fiebre tifoidea se las cree como el tipo de las infecciones francamente febriles y aun se cree que no es posible que haya una fiebre tifoidea sin hipertermia y mucho menos con hipotermia.

Cierto es que estas hipotermias no son ni con mucho la característica de la enfermedad, pero en cambio sí pueden ser las características de un pronóstico más grave todavía que la hipertermia aun la más elevada, de tal manera, que aun en la fiebre tifoidea, Chantemesse afirma que las depresiones térmicas pueden sobrevenir en los casos «de adinamia profunda, de escaras, de gangrena ó de pihemia», y que estas hipotermias son anuncio de colapso (1).

Hechas estas consideraciones, citaremos rápidamente algunas enfermedades verdaderamente infecciosas de bacilos ó bacterias conocidas, que bien por intoxicación lenta ó por intoxicación que determina alteraciones en el centro regulador del calor, provocan por regla general la hipotermia más que la hipertermia, acompañando á ésta una debilitación en la actividad química celular.

Entre las que podemos citar, hay algunas cuya hipertermia ha sido invocada siempre como casi patognomónica de la enfermedad, y otras en las que no están trazadas ni la gráfica hipertérmica ni la hipotérmica.

La fiebre puerperal en su forma de infección generalizada ó gran infección, como la llaman Ribemont y Lepaje (2), es una de las en que la hipertermia es más indiscutible, pero también en las en que la hipotermia no sólo se observa en el principio y estado de la enfermedad, sino que según los mismos autores, en el último período, es decir, en el toxi-albuminoso, «se comprueba á menudo un descenso brusco de temperatura que baja entonces de la normal».

En los estados traumáticos, tanto quirúrgicos como accidentales, no son excepcionales las hipotermias, y en las auto-intoxicaciones intestinales desde las producidas por el bacilo coli hasta las provocadas por el bacilo vírgula, las hipotermias casi son el tipo térmico de estas infecciones.

La pneumonía, la difteria, el tétanos, también son infecciones en las que la hipotermia caracteriza algunos momentos clínicos de gran importancia, sobre todo, para la terapéutica.

(1) Charcot y Bouchard. *Tratado de Medicina*, tomo I, pág. 74.

(2) Ribemont y Lepaje. *Tratado de Obstetricia* (dos tomos), publicado por la Biblioteca de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas. Madrid.

Pero la infección verdaderamente tipo de estas anomalías, de estas ataxias térmicas, es la infección grippal, ésta, por su electividad sobre los centros nerviosos reguladores del calor, tanto centrales como periféricos, determina tales hipotermias y tiene una gráfica térmica tan poco estudiada, que han motivado estas consideraciones para que por la clínica se llene esta laguna, y además, para que nuevos estudios de este carácter amplíen en el sentido de la hipotermia los estudios y trabajos de los síntomas que suministra en la clínica de las infecciones el estudio del calor animal.

La hipotermia rara vez abre el cuadro sintomatológico, á menos de que la infección sea tan siderante que sorprenda los centros reguladores del calor y determine una hipotermia primitiva, y por regla general, es secundaria.

Caracteriza á la infección tres fases: el período prodrómico, en algunas muy manifiesto y de duración hasta de días; el período de estado, y un período terminal de retorno á la salud, ó de fases más ó menos definidas, que conducen á la salud, pero no recobrándola de una manera franca, ó la muerte.

En el primero y en el último período se presenta con más frecuencia la hipotermia. En el primero, bajo el aspecto del escalofrío con depresión de la temperatura normal, fenómeno muy complejo, pero de índole compleja y vasomotora en su esencia, hipotermia de suyo pasajera, cuya gráfica térmica está por trazar y cuya hipotermia se presenta en la infección palúdica, no ya sólo con el escalofrío, sino en los intervalos apiréticos.

En el último período no hay que confundir la hipotermia con las fases críticas de la defervescencia rápida ó crítica verdaderamente, y la defervescencia por lisis. La hipotermia, como conjunto sintomático, pertenece á una serie de hechos de fisiología patológica, derivados, no del período bacteriano, sino del período verdaderamente químico de las infecciones; es decir, que cuando los venenos, ya alcaloídicos, ya toxialbuminosos, circulan con la sangre, si son del grupo de los excitantes, sobrevienen las hipertermias tóxicas incompatibles con la vida por hiperpiresis, y si son de los deprimentes, las hipotermias tóxicas incompatibles con la vida, cuyo tipo es la algidez del cólera morbo asiático, pero cuyas gradaciones se marcan con más intensidad y frecuencia en dos grupos de infecciones, las colibacilares y las eberthianas, siendo regla general que es más frecuente la hipotermia en las infecciones cuya puerta de entrada ó localización principal es abdominal, y en todas aquellas en las que, al

par que los venenos bacterianos, hay gran infarto del bazo y leucocitemia con destrucción del elemento termógeno por excelencia, el glóbulo rojo.

El carácter principal de la hipotermia se marca por dos factores sintomáticos que integran en el juicio pronóstico, agravándole de una manera decisiva; el escalofrío y el sudor neuroparalítico, y si la infección reside en el aparato respiratorio, esta neuroparalisis alcanza á los bronquios, presentándose los estertores traqueo-bronquiales, á veces hasta de una manera repentina, y si la infección es intestinal, la parálisis provoca las diarreas de tan mal agüero, por ejemplo, en infecciones como la viruela ó el sarampión, cuyas erupciones cesan en su evolución como por encanto.

No pocas veces las familias que rodean á un enfermo infeccioso abusan del termómetro, y en muchos casos anuncian con gran alegría un descenso en la temperatura que, por lo insólito é inesperado en el período que acaece, debe poner en guardia al médico y juzgarle cuando menos como un fenómeno de ataxia térmica, y siempre de mal augurio, pues en tanto las enfermedades conserven los signos que les son propios, por agudos que estos sean, siempre serán menos graves que los hechos que desconceptúan toda una patogenia y alteran un cuadro de síntomas.

La hipotermia, pues, merece serias preocupaciones, y tal vez no sea esta la única ocasión que nos ocupemos de ella; pero por hoy creemos suficiente esta llamada de atención acerca de un síntoma de más importancia que la hipertermia tan temida.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ RIBERA Y SANS

Catedrático de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid.

Ensayo histórico de la Etiología, Patogenia y Terapéutica del tétanos. Tesis del Doctorado, por D. Arturo Giné y Marriera. Barcelona, 1900.

Si una tesis del Doctorado sólo significa la exposición de un buen número de datos recogidos de los distintos autores que se han ocupado de un punto determinado, en tal caso, la tesis de que nos ocupamos, merece con justicia ser citada como muy aceptable; pero si

la tesis del Doctorado debiera significar algo de personal, expresar algo de lo que haya podido observar el graduando, entonces tal vez no calificara de tal manera la tesis del Dr. Giné y Marriera.

No es la primera vez que me he expresado en estos términos, ni probablemente será la última, dada la costumbre, convertida en obligación, de hacer nota bibliográfica de toda publicación, de la cual se manda á los periódicos dos ejemplares, cuando tal vez lo más oportuno sería dejar á las iniciativas de las Redacciones, hacer ó no juicio bibliográfico, se hubieran recibido ó no los dos ejemplares; mas ya que no es así, diré de una vez lo que yo creo que ya debiéramos estar en el caso de exigir á los graduandos. Puesto que la elección del tema es libre, debieran las tesis significar algo de personal, y que la erudición sólo sirviera para rellenar páginas. Como esto es una opinión personal, baste consignarla y vamos á juzgar del mérito de la tesis del Dr. Giné, considerándola como un ensayo exclusivamente histórico.

Es una historia bastante completa, si nos fijamos sólo á fechas no remotas, como así lo hace notar el autor al empezar el estudio histórico de la etiología, puesto que la empieza en Larrey, pues si se lee poco después el nombre de Fabricio d'Aquapendente, es sólo para hacer ligerísima mención. En la etiología estudia la influencia de la herida, herido y medio, resultando en esta parte lo que no podía por menos de resultar, que no se limita á hacer un estudio histórico, sino que analiza dichos factores; por cierto que en esta parte encuentro una afirmación que tal vez no esté muy comprobada en la Clínica ó por lo menos muchos casos escaparán á dicha fórmula. «Después de las repetidas discusiones á que semejantes conceptos dieron origen, puede concluirse que, en el tétanos, como en las demás dolencias, un organismo enfermo de esto ó de lo otro, es terreno particularmente favorable para las manifestaciones morbosas, sean estas de la especie que fueren».

Al exponer todo cuanto se refiere á la investigación del micro-organismo, menciona en primer término, como es natural, los estudios de Carlé y Rattone: por cierto que no ha dejado de llamarme la atención la fuente de donde toma dichos datos; de la Memoria del doctor Passarell, aparecida en Yauco en el año 1887; si no se olvidara con tanta facilidad lo que se publica en Madrid, hubiera encontrado el Dr. Giné datos por lo menos tan completos en publicaciones anteriores á dicho año.

Desde dichos autores hasta Ferran, contiene la tesis una serie de

datos referentes á los más importantes bacteriólogos que se han ocupado de este asunto, haciendo mención especial de Nicolaier, Kitasato, de Courmont y Doyon, sin olvidar cuanto se refiere á la teoría equina del tétanos.

Después de la etiología sigue el estudio histórico de la patogenia, estudiando las teorías muscular, nerviosa y humoral. Es tan somero lo que dice respecto á las teorías muscular y nerviosa, que apenas se puede decir menos, y á mí me parece que bien merecían Martín de Pedro y Creus, que hubiera insistido algo en este punto, porque téngase en cuenta que se trata de una tesis histórica; en cambio, es muy completo cuanto se refiere á la teoría humoral, por más que dando este nombre genérico, tal vez no se haya sido muy justo con Billroth, del cual apenas si se hace mención.

En la tercera parte estudia la terapéutica, y recuerda la clasificación adoptada por Creus. El juicio de esta parte está hecha por el mismo autor. «Nuestro objeto principal es llegar al término de este trabajo, finalizándolo con la exposición sucinta de los más modernos medios terapéuticos propuestos, y principalmente el específico ó antitóxico, ó sea la sueroterapia antitetánica.

Por eso, á sabiendas, nuestro resumen historico de la terapéutica del tétanos será asaz incompleto».

Y en efecto, en esta parte estudia casi exclusivamente lo que á la sueroterapia se refiere.

Tal es la tesis del Doctorado del Dr. Giné y Marriera. Más que un ensayo histórico, tal vez pudiera titularse estudio del bacilo tetánico, de la teoría infecciosa del tétanos y de la sueroterapia en el tétanos; titulado así, caerían por su base casi todas las pequeñas observaciones que me he permitido hacerle, porque circunscrito de este modo el enunciado, resulta bien expuesto el tema, y bajo este aspecto es muy recomendable la lectura de dicha tesis.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 28 de Febrero de 1901.

Enfermedades parasifilíticas.—El Dr. Taboada de la Riva: En breve hará un año que yo tuve el honor de distraer la atención de esta Academia, á propósito de un caso de coma apoplético sifilítico, terminado por la muerte. Por entonces encarecimos todo lo importante, todo lo clásica que era dentro de la ciencia, la necesidad de hacer en estos casos diagnósticos diferenciales, de los cuales depende la salvación ó la ruina del enfermo.

No pudimos menos de hacer por entonces también una ligera excursión por las diversas fases que constituyen el campo de la sífilis, y al ocuparnos de ellas nos encontramos más de una vez con entidades morbosas de síndrome conocido, de origen sifilítico, pero no de naturaleza sifilítica. Todas estas enfermedades que han ido estudiándose poco á poco, á medida que el campo de la infección sifilítica va ensanchando sus límites jurisdiccionales, se llevaban á una sección especial de la que quiero ocuparme en esta noche.

Obsérvase en el curso de la sífilis, como en el de otras afecciones, que toma síntomas y á veces entidades morbosas distintas, que tienen genialidad y sitio aparte en la nosología y en el campo de la patología. Toma la sífilis diversas formas, fases mil y mil variedades, y entre éstas toma de las demás, unas veces el dolor, otras las crisis convulsivas, otras los trastornos nerviosos, funcionales, físicos ó somáticos de otras enfermedades, y á nadie se le ocurre al encontrarse con una cefalea pertinaz en sujeto clásico dentro de la infección sifilítica, á nadie se le va á ocurrir, repito, que aquella cefalea no sea sifilítica, y esta cefalea, sin embargo, que ha venido simultáneamente con las placas de la faringe, de la laringe y de la boca y con las sífilides, no cede, aun cuando las otras manifestaciones cedan, porque no obedece al tratamiento clásico de la sífilis, es decir, porque no obedece al mercurio y al ioduro.

A estas enfermedades especiales de origen sifilítico, aunque no de naturaleza sifilítica, se da el nombre de enfermedades *parasifilíticas*, y como esto constituye alguna novedad, vengo á someter á vuestra ilustración esta doctrina, para que si mereciese vuestra aprobación pudiera tener precio y cotizarse en el mercado científico.

Ya he indicado cuáles son las enfermedades parasifilíticas; enfermedades, síntomas ó entidades morbosas nacidas de la sífilis, pero no de naturaleza sifilítica. Estas enfermedades se distinguen de las sifilíticas en que se encuentran también en sujetos que no son sifilíticos; enfermedades que no tienen caracteres especiales, con alguna excepción, que siempre tienen algún carácter que al ojo práctico y experimentado no se escapa. No se puede

sentar esto en absoluto, pero yo me refiero, al decir que no obedecen al tratamiento sifilítico, que no obedecen como un goma, una placa, una sifílide, por ejemplo.

Era necesario y preciso que esto hubiese llamado la atención de los sifiliógrafos, puesto que siendo la sífilis una de las enfermedades que mejor pueden tratarse dentro del terreno de la ciencia, se observaban, sin embargo, síntomas y afecciones que no cedían, que eran inmóviles al tratamiento, y á los que, por fin, había que declarar incurables.

Muchas son las enfermedades que aspiran á figurar en el grupo de las parasifilíticas, pero las que para mí no ofrecen duda son: la sifílide pigmentaria, la neurastenia, la histeria, la epilepsia, la tabes dorsal, la parálisis general, la amiotrófia progresiva y la leucoplasia lingual, que yo tengo el honor de proponeros.

No he de describiros la sífilis pigmentaria: es la más ligera, casi la más despreciable de las afecciones sifilíticas; pero nada más rebelde. Se desarrolla con más frecuencia en la mujer, formando lo que se llama el *collar de Venus*, cuyo origen sifilítico nadie duda. Si he de dejar sentada su inalterabilidad, persiste eternidades, yo la he visto muchas veces, y ha sido para las enfermas objeto constante de preocupación y de descrédito para algunos compañeros. Algunas veces afecta la forma del *paño* de las embarazadas, ya parece manchas de vitíligo, pero la sombra de las vetas obscuras de esta sifílide no son lo mismo. Ni la medicación mercurial más activa, ni la iodurada más enérgica las hace ceder; y es natural que, al observar esta rebeldía, se la separe de la naturaleza sifilítica, porque si presentara las mismas condiciones de existencia, obedecería al tratamiento clásico.

Bearn describió una enfermedad que hoy conocemos con el nombre de neurastenia, estado nervioso, ó neurosismo, ó neuropatía. Siempre ha sido esta entidad morbosa conjunto de varios males, verdadera caja de Pandora de la medicina. Pues bien; obsérvase muy á menudo con inusitada frecuencia en el curso de la sífilis secundaria, con síntomas diseminados unas veces, asociados otras, y en conjunto y formando personalidad las más, una serie de fenómenos, que nosotros conocemos con el nombre de neurastenia. Viene ó no, acompañada de placas mucosas, de roseola, de cefalea, de infección que no hemos de confundir con la cefalea parasifilítica, de que luego hablaré.

Sucede muy á menudo que en el período secundario, además de estos síntomas de la sífilis, aparece la depresión moral en los sujetos invadidos; nótase que estos sujetos están más preocupados que de ordinario, dicen que no duermen, que no tienen aptitud para nada, que se levantan más cansados que se acuestan, que sus energías se han apagado, que no comen, tienen dispepsias flatulentas, borborigmos, estreñimiento, sed en horas inusitadas, enflaquecen, tienen una verdadera astenia; dicen, por regla general, que sus facultades sensuales están muy apagadas, que no se curan, que lo que padecen es de muerte; han cedido y ceden las manifestaciones sifilíticas, pero la neurastenia no ha cedido, y el enfermo tiene conciencia de su falta de actividad y de su astenia física y moral.

Sucede á menudo que después de apagada la tormenta secundaria de la sífilis, la tempestad, la borrasca de la infección, la neurastenia no se apaga, no se duerme, no se mejora, y constituye por sí una enfermedad importante.

Sucede asimismo que el médico que se encuentra con los síntomas de origen sifilítico, sigue con el mismo tratamiento y piensa que debe ceder la neurastenia, y no ocurre así; la neurastenia no se mejora, no desaparece, y llegamos al período de saturación del tratamiento; y, sin embargo, sigue, continúa, persiste la neurastenia no sólo durante el período secundario, sino hasta acompañar al terciario. Y todo se gradúa, se acentúa cada vez más, dejando al sujeto convertido en un sér que no sirve más que para sufrir.

Este hombre tiembla al andar, vacila, tiene dolores fulgurantes, trastornos viscerales, no puede andar solo, teme salir, tiene agarofobia, y esto se puede confundir con una tabes, como puede ser una cerebro-astenia, que la asemeje á la parálisis general; y es importante, desde el punto de vista del diagnóstico y del pronóstico, si se trata de una tabes ó de una neurastenia, que aunque grave, aunque insidiosa, ofrece algunas más esperanzas de curación.

No seré extenso en el diagnóstico diferencial. No existen los dolores fulgurantes del tabético, son pasajeros, no llegan al estado de convulsión del atáxico, no hay el síntoma de Romberg. ¿Tiembla? Puede temblar: hay neurasténico que tiembla, pero es de un modo pasajero, no es el temblor del paralítico general, no es aquel balbucear de palabra del paralítico general: la borrasca, la tempestad de síntomas se parece; pero el médico experimentado la diferenciará con una observación detenida. Hay también formas leves.

Quiero hablar de la cefalea, no de la de infección; esa cede al tratamiento clásico: de la que voy á ocuparme no se cura, por regla general. Yo tengo actualmente un caso de hace diez años, y esa cefalea, cuyo origen he presenciado, existe hoy como hace diez años. Unos enfermos sienten ruídos extraños, otros sienten la cabeza como vacía, los más sienten como un mármol en su cabeza; pero á pesar de esto, mal ó bien, se dedican á sus tareas habituales, siempre con la fatiga, siempre con la desesperación de vivir constantemente con un síntoma que sólo le deja cuando duerme.

Yo me he cansado y los que valen más que yo también se han cansado de usar el tratamiento clásico: la medicación tónica y bromurada, etc.; pero no cede, y lo más que se consigue es que el enfermo se acostumbre á vivir de esa manera.

Y aquí termino por esta noche, para que continúe la discusión pendiente.

El *Dr. Calvo* continúa argumentando desde su especial punto de vista sobre la comunicación del Dr. Gómez Ocaña. — Eduardo Toledo.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Acta de la sesión científica celebrada el día 27 de Febrero de 1901.

Monstruo bicéfalo.—El *Dr. Gutiérrez* hace una comunicación en nombre del Dr. Gil y Gorroño, de Bilbao, y dijo que aquel monstruo, como casi todos los de su clase, fué producto de un embarazo doble; tenía una abertura circular de 10 centímetros de diámetro en la pared anterior del vientre, que-

dando al descubierto las vísceras abdominales. No tenía cordón umbilical, y la placenta se unía en una extensión de 5 centímetros al borde de la referida abertura, en su lado derecho, por cuyo punto, sin formar cordón, recibía los vasos umbilicales. Estos recorrían todo el borde por debajo, lado izquierdo y parte superior, hasta el centro de aquella abertura, desde cuyo punto tomaban la dirección ordinaria. Tenía, además, el feto, espina bífida y un pié equino.

Presentación de radiografías.—Los Sres. Académicos y el público vieron dos radiografías enviadas por el mismo Dr. Gil y Gorroño, que son muy interesantes : la primera deja ver una horquilla introducida en la vejiga, y que se obtuvo colocando el foco en el periné y la placa sobre el vientre ; y la segunda es de una fractura incompleta del tercer metacarpiano, producida por el traumatismo sufrido al apoyarse en la mano al caerse el paciente por una escalera.

Monstruo esternosifópago.—El *Dr. Gutiérrez* leyó una nota enviada por el Dr. Gil y Gorroño, que extractamos : Parturiente en el tercer día de trabajo expulsivo, ineficaz, con eclampsia, salida de cabeza fetal y brazo derecho, sin que saliese el feto. A violentas tracciones se desprendió, por arrancamiento, el brazo derecho y la cabeza, pero el feto no salía. En este punto fué llamado el Dr. Gil, y vió, cómo antes se practicó la versión, en los genitales, dos extremidades inferiores á un lado, en medio tronco y á otro lado muñones deformes del cuello y brazo arrancados, y un brazo entero. ¿No salía el feto, pero había salido la cabeza? Pues la causa era fetal. Reconocimiento manual, y encontró otro feto atravesado. Versión podálica del segundo feto ; desprendimiento cefálico dirigido por la mano, y terminación pronta y feliz. Estado de la parturiente : perfectamente normal durante dos días, habiendo prescrito se continuasen los lavados antisépticos que practicó el Dr. Gil después de su intervención. Encargados los médicos de cabecera de estos cuidados, transfirieron esta faena á una vecina que no hizo nada ; escalofrío al cuarto día, infección agudísima y muerte de la madre.

El aspecto de la parturiente, al verla por primera vez, era imponente, recordándole la facies que presenció en otra enferma con rotura del útero.

El monstruo pesó 4560 gramos. Los diámetros de ambas cabezas son normales. Los dos fetos están unidos desde el nivel de la horquilla del esternón hasta el ombligo, y éste se encontraba en la parte inferior y media de la unión. No había más que un cordón umbilical con una sola vena y dos arterias. La superficie de soldadura de ambos fetos, mide en su ancho menor 7 centímetros. Los dos fetos son femeninos.

El Dr. Gil cree que si se hubiese diagnosticado esta monstruosidad, quizás se hubieran podido extraer los fetos vivos.

El *Presidente*, Dr. Baeza, agradece al Dr. Gil el envío de estas interesantes comunicaciones, rogando al Dr. Gutiérrez se lo comunique en nombre de la Sociedad.

Otro caso de fístula vesico-vaginal, curado con la operación.—El *Dr. García de Arias* presentó á la Sociedad á una enferma que había sido operada por él, con igual éxito que otro caso análogo que expuso en la sesión anterior, y consignado ya en nuestro número del 14 de marzo. A consecuencia de la persistencia de la cabeza fetal en la excavación pelviana tomó origen, previo un

puerperio borrascoso. Al llegar á la consulta, presentaba una rotura de vagina y vejiga que se extendía de uno á otro isquión, no quedando de la pared vaginal anterior más que una banda transversal de un centímetro escaso por debajo de la uretra, y otra semejante por delante del labio cervical anterior. Además había una gran brida cicatricial, que comprendía los tres cuartos posteriores de la vagina. Operación el 31 de diciembre; sepáranse: primero la vejiga y vagina con bisturí y tijera curva sobre el plano; sutura continua con catgut fino, de la abertura vesical, quedando una abertura insignificante, que demostró la inyección de líquido coloreado; sutura entrecortada metálica de la vagina. Curación. Acaba sentando las siguientes conclusiones:

1.ª Al suturar una herida circular, toma la figura de un arco.

2.ª Las ventajas que reporta el operar las fístulas vesico-vaginales extensas en que ha habido pérdida de substancia de la vejiga y vagina suturando ambas independientemente, son dos:

Seguridad y brevedad en el fin terapéutico que se persigue, y

Que, como operando por desdoblamiento, no se talla colgajo de mucosa vaginal—escasa en las grandes fístulas—se dispone de vagina si hay necesidad de repetir una ó más veces la operación.

3.ª Finalmente: en vista de lo expuesto, cree que en casos idénticos ó análogos, siempre debe adoptarse este procedimiento quirúrgico, como muy superior al método clásico.

El *Dr. Gutiérrez* dice, que cada caso particular de fístula vesico-vaginal, presenta particularidades que obligan á emplear procedimientos operatorios diferentes. Que los tratados clásicos corrientes dejan de describir muchas formas clínicas, entre ellas la expuesta por el Dr. García de Arias, las cuales, más que fístulas, son roturas ó pérdidas de substancia del tabique vesico-vaginal. Que las reglas operatorias de refrescamiento de un centímetro de los bordes y sutura, no son aplicables á muchos casos por carecer de tejidos que sirvan de unión. Que en todos los casos en que quede algo de pared vaginal anterior, debe hacerse una incisión transversal, despegar la vejiga hasta su fondo y hacer una sutura de la pared vaginal que quede pegada al cuello con la porción que reste al exterior. Mas cuando no queda pared vaginal en la porción alta, se utilizará para la soldadura el borde anterior del cuello uterino y, hasta en último extremo, cuando éste se encuentra destruído, podrá hacerse la sutura utilizando el labio posterior del cuello uterino, con lo cual quedará la abertura de la matriz incluída en la cavidad vesical. Recuerda, también, los casos de rotura completa de la uretra, en los que no ha podido obtener nunca completas curaciones, aunque haya dejado sonda permanente; porque la cicatriz resultante no tiene fuerza para resistir la compresión efectuada por la vejiga cuando ésta se contrae. En estos casos ha empleado el procedimiento de Doyen, elevando la uretra. Finalmente, que la primera condición que necesita poseer el que quiera curar fístulas vesico-vaginales, es la de ser pacientísimo, porque en muchísimas ocasiones, hay necesidad de invertir mucho tiempo en preparar la región anatómica, recordando, entre otros muchos casos que podía citar, uno hábilmente operado por el Dr. D. Ruperto Sánchez, en el que la abertura de la vagina no consentía más que la introducción de un tallo de laminaria del núm. 4, que fué lo primero que tuvo que hacerse para conseguir amplitud

suficiente hasta colocar una valva y poder curar la perforación vesico-vaginal.

Un caso de fibroma de la pared abdominal. — El *Dr. García de Arias* refiere que poco después del primer parto comenzó á experimentar una señora una tumoración, de crecimiento lento, en el lado izquierdo del ombligo, que adquirió mayor desarrollo en cada período menstrual, y todavía mayor en dos embarazos que tuvo intermedios, alcanzando el volumen de una naranja; era indolente y duro en aquellos tiempos. A los cuatro años de su aparición, coincidiendo con la cuarta gestación, creció rápidamente y adquirió el volumen y las proporciones de un pan, de unos 20 centímetros de diámetro, siendo aplastado de fuera á adentro, y circular. Al reconocimiento no se escapaba de las manos cuando se incorporaba la enferma, carácter distintivo de los tumores parietales. A pesar de haber sido diagnosticado de sarcoma, lo diagnosticó el Dr. García de fibroma y operó por enucleación, resultando del análisis histológico practicado por el Dr. Figueroa que era un fibroma puro. En el acto de la operación vaciló un tanto en su diagnóstico por el aspecto sarcomatoso que en el primer momento presentó la tumoración, viéndose que estaba encapsulada una vez que pudo vascularse merced al empleo del tirabuzón de Doyen. La enferma, que es una artista del teatro, está perfectamente desde el 30 de noviembre del año 1899, en que se la operó.

El *Dr. Ortega* dice que el crecimiento de este tumor, más hacía sospechar que fuese sarcomatoso, que fibroso. Que los tumores, pese á los histólogos, todavía deben clasificarse clínicamente en benignos y malignos, no siendo fácil la diferenciación de unos y otros mediante el análisis histológico, y quedando reducida la cuestión á la marcha consecutiva de la enfermedad. ¿No se reproducen? Son benignos. ¿Se reproducen? Malignos. ¿Por la vía linfática? Cánceres. ¿Por la sanguínea? Sarcomas.

El *Dr. Gutierrez* juzgando como regla general que los fibromas crecen con lentitud, juzga, no obstante, que en muchos casos se desarrollan con rapidez, coincidiendo con el embarazo por estar exagerada la vascularidad abdominal en estos períodos de la vida de la mujer. Cita el caso de una señora, asistida en sus partos por el Dr. Moreno Gil, que al cuarto mes de la gestación comenzó á notar un tumor parietal en el vientre, que adquirió un desarrollo considerable y rápido, pues cuando la operó llevaba cuarenta días de puerperio. Enucleado el tumor, resultó ser, según análisis del Laboratorio de Sanidad Militar, un fibroma puro. Acabó manifestando que, en este caso, no pudo asegurar si el origen de esta neoplasia era la extremidad de los ligamentos redondos, con lo cual saldría ganancioso la teoría de Sänger, ó la lengüeta fibrosa que se inserta en la espina ilíaca, como pretendía Nélaton.

El *Dr. García* rectificó brevemente haciendo algunas aclaraciones.

El Secretario de actas,

RUPERTO SÁNCHEZ.

PERIÓDICOS

Pneumonía de forma tifoidea en un niño.—El Dr. Miguel Gil y Casares publica, en la *Revista Médica Gallega*, el caso clínico referente á X., de cinco años de edad. Sus padres atribuyen la enfermedad á un enfriamiento que el niño sufrió el 24 de diciembre. Comenzó el mal con escalofrío intenso, palidez del semblante, un vómito, tos y dolor en el vientre. Después se presentó fiebre intensa y un esputo sanguinolento, único.

Noche del 27 de diciembre. El niño yace en decúbito dorsal; está muy postrado. Su semblante expresa sufrimiento. Ojos brillantes, medio cubiertos por los párpados; mejillas rubicundas, sobre todo la derecha. No hay herpes. Piel sudorosa; temperatura 40°,5, pulso 110.

Cuarenta respiraciones por minuto. Tos blanda é incesante: el niño deglute los productos expectorados y escupe solamente saliva. Respiración superficial y contenida; las alas de la nariz se levantan á cada movimiento inspiratorio. En la base del pulmón derecho se nota fremitus pectoral exagerado, matidez casi absoluta, desaparición del murmullo vesicular, soplo tubario doble y, á veces, estertores crepitantes finos y secos. Hacia el vértice del pulmón existe eskodismo y estertores catarrales. Pulmón izquierdo normal.

Labios secos y despellejados; boca pastosa; encías cubiertas de una capa pultácea; lengua saburrosa, pero roja en la punta y bordes. Anorexia completa; el niño rechaza todo alimento. Tampoco existe sed, aunque el enfermito toma sin repugnancia bebidas frescas. Estreñimiento. Ligero meteorismo. Gorgoteo en la fosa ilíaca derecha; notable infarto del bazo que se palpa con facilidad. El vientre está dolorido á la palpación y el niño se queja de molestias espontáneas hacia el hipogastrio derecho. Orinas escasas, obscuras y sedimentosas. El enfermo está soñoliento, pero se resiste y exaspera en el momento del examen practicado con toda dulzura.

En los días sucesivos persistió alta la fiebre entre 39 y 41°, con remisiones matinales de más de un grado; también persistió la exagerada frecuencia del pulso y los síntomas abdominales con el estreñimiento que fué preciso combatir con enemas. El día 31 de diciembre se modificaron notablemente los síntomas pulmonares: sonido submate, estertores subcrepitantes y soplo solamente expiratorio en la base derecha; y al día siguiente, 1.° de enero, ocurrió la crisis, que fué violenta. La temperatura descendió 6 grados en cuatro horas (de 41°,5 á 35°,5), conservando el pulso su frecuencia y presentándose con los fenómenos de algidez un sudor profuso; y la tendencia al colapso duró hasta la tarde del día siguiente. Después, el pulso disminuyó rápidamente de frecuencia, á menos de 70, y se hizo ligeramente irregular. El sueño fué reparador, la tos perdió su pertinacia y se hizo más blanda, desaparecieron los fenómenos de infarto pulmonar, continuando los estertores catarrales, y el niño entró en franca convalecencia.

El tratamiento se limitó á mantener el enfermo en una atmósfera húmeda y balsámica, mediante la ebullición constante de agua con trementina; lavatorios de la boca, bebidas abundantes y frescas, algún alimento en forma

líquida, refrigeración hídrica y un pequeño vejigatorio alcanforado, *loco dolenti*, el día sexto de la enfermedad. Durante las horas en que hubo fenómenos de algidez se recurrió á los alcohólicos, café y cafeína.

El dignóstico no presentó dificultad alguna, gracias á los síntomas locales descubiertos en el pulmón derecho. También contribuyeron á afirmarlo los datos del comienzo súbito, con el vómito y el esputo sanguinolento, único que observaron los padres del enfermo. Con todo, cree el Dr. Gil que el caso es muy interesante, porque los autores insisten poco en los síntomas de apariencia tifódica que puede acompañar á la pneumonía.

El diagnóstico clínico de la fiebre tifoidea, se apoya especialmente en cuatro síntomas que Leube llama cardinales, aparte de la reacción aglutinante del suero sanguíneo y de la reacción diazoica de la orina : son aquéllos el curso de la temperatura tan característico, la bradicardia relativa, el infarto del bazo y la roseola, á las cuales se añaden el estado de la lengua, el gorgoteo, y la dicrocia del pulso. Pero aparte de que en la clínica se multiplican las excepciones á la regla general, y de que el tifus abdominal del niño presenta notables diferencias con la tifoidea del adulto, este enfermo ofrecía síntomas tíficos al lado de síntomas pneumónicos, y cabía la duda de si se trataba de una pneumonía intercalada en el curso de una dotienentería.

Su curva térmica no fué la ordinaria de la pneumonía, puesto que las remisiones matinales de la temperatura eran amplias y recordaban un poco las del período anfíbolo de Wunderlich. No había lentitud relativa del pulso ni dicrocia, pero estos síntomas faltan casi siempre en la tifoidea infantil. Tampoco había roseola ni podía haberla, porque no suele observarse hasta la segunda semana de la enfermedad; pero en cambio existía un infarto notable del bazo, cosa poco común en la pneumonía y constante en la dotienentería. Los otros síntomas, por parte del aparato digestivo, más bien podrían llamarse tíficos que pneumónicos, excepto uno, el estreñimiento, constante en la pneumonía y común en los primeros días de la infección con el bacilo de Eberth.

El dolor que el niño aquejaba en el vientre era, según toda probabilidad, una localización á distancia del punto de costado de los pneumónicos. Por fin, faltaba un síntoma típico de la pneumonía, el herpes labial que, si bien falta con relativa frecuencia en los niños, tiene importancia para el dignóstico de la enfermedad, como asimismo lo tiene para el de la malaria y de la meningitis epidémica.

La bradicardia y la arritmia de los primeros días de la convalecencia carecen casi siempre de gravedad, pues suelen ser expresión de trastornos inervadores pasajeros y no de degeneraciones graves del músculo cardíaco, como sucede en la difteria.

Polineuritis infecciosa. Curación.—D. Bonfilio Garriga publica en la *Revista Científica Profesional*, de Barcelona, el caso referente á una joven de veinte años, soltera, de temperamento nervioso y de profesión costurera. Sus padres y hermanos gozan de buena salud, no teniendo dicha joven otros antecedentes patológicos que el haber sufrido años atrás una fiebre tifoidea, durante cuya evolución presentó repetidas y copiosas hemorragias, por cuyo motivo la curación fué sumamente lenta.

Disfrutó después de la citada infección de buena salud, dedicándose á las faenas de su profesión, hasta que el 23 de julio aquejó dolor en las piernas que la obligó á acostarse antes de anochecer.

El dolor que se inició por la tarde en las piernas se hizo por la noche tan intenso, que se hallaba imposibilitada de mover las piernas, obligada á prorrumpir gritos y hasta á llorar, haciéndose intolerable en ciertos momentos la exacerbación dolorosa.

El Dr. Garriga halló á la paciente tendida en la cama en decúbito supino, pálida y bañada en sudor, sin poder cambiar de posición, ni realizar el menor movimiento á causa del dolor que sentía en las piernas, el cual se acompañaba de una fiebre de 39°,5° y 90 pulsaciones. A intervalos de algunas horas remitía dicha fiebre, para reaparecer más tarde con mayor intensidad, llegando un momento en que se elevó la temperatura á 41°. Con estos períodos de remisión y exacerbación febril y dolorosa, cuya simultaneidad era constante, transcurrieron los primeros días, llegando al quinto día en que solo acusaba el termómetro, por la mañana, la cifra normal de los 37°, lo que hacía concebir la esperanza de que la afección entraba en franca convalecencia, por coincidir con el descenso de la temperatura una notable remisión del dolor; dicha calma que solo fué aparente, ya que por la tarde vino nueva exacerbación febril (38°) con mayor intensidad dolorosa, cuyo síntoma se había dislocado de las piernas hacia los hombros y brazos.

Con estas remisiones y exacerbaciones térmicas y dolorosas llega á primeros de agosto, con el dolor localizado nuevamente en la pierna derecha y dedo grueso del pié, quedando los sitios primitivamente afectados (brazos y piernas), imposibilitados para toda clase de movimiento, desapareciendo de una manera lenta la impotencia motora al cabo de tres días.

Esta enferma, á pesar de la elevación térmica observada, no aquejó nunca cefalalgia ni trastorno alguno por parte de las cavidades torácica y abdominal, puesto que conservaba el apetito, no tenía sed, ni presentó otro signo de alteración del aparato digestivo, que la lengua algo saburral y un ligero estreñimiento de vientre, que pronto cedió con el uso de los calomelanos. En este período apareció el flujo menstrual que pronto quedó suprimido.

A mediados de agosto, después de haber el dolor recorrido los hombros, brazos, manos, rodillas y piés, imposibilitando los movimientos y exagerándose al menor contacto de dichas regiones, que permanecían sin alteración de volumen y sin cambio de coloración, con la fiebre de 38° por la mañana y 39° por la tarde, llegan á desaparecer el dolor y la fiebre, ofreciendo ésta por la tarde, durante tres ó cuatro días, un recargo de algunas décimas de grado.

La terapéutica empleada en esta enferma tuvo por base la medicación antiséptica, antipirética y analgésica en los quince primeros días, auxiliada de la alimentación exclusivamente líquida de leche y caldo. En dicho período primero tomó el sulfato de quinina, asociado á la antipirina, al salol, ó al benzonaftol, bajo la forma de catchets y cantidad diaria de medio á un gramo de cada uno; si bien con el uso de tales medicamentos se rebajaba la fiebre, no se disminuía mucho el dolor, de manera que en alguna ocasión fué necesario calmarlo, mediante la inyección hipodérmica de un centígramo de clorhidrato de morfina. En el trayecto de los sitios dolorosos se

aplicaron tópicos calmantes á base de bálsamo tranquilo, cloroformo y láudano. Más tarde se completó el tratamiento usando durante varios días con buen resultado una poción de 200 gramos de vehículo, 8 de salicilato sódico, y 2 de ioduro de potasio, de la cual tomaba la enferma una cucharada cada dos horas.

A la predisposición que ofrece la mujer para los padecimientos nerviosos; al predominio del temperamento nervioso en esta enferma; al cansancio que ella sufrió y al enfriamiento que determinó la brusca supresión del sudor, se deben atribuir las causas que motivaron el desarrollo de la neuropatía que nos ocupa.

La existencia de la polineuritis venía explicada por los dolores superficiales en el trayecto de los nervios periféricos espontáneos y especialmente provocados con la presión ó movimiento de las partes afectadas; por la impotencia motora de las regiones correspondientes y por las agudas exacerbaciones del dolor en determinados momentos. El cortejo febril que siempre acompañó á los fenómenos dolorosos con su tipo remitente é intermitente y las elevadas temperaturas de los primeros días, indica la naturaleza infecciosa de la enfermedad.

Fundados, pues, en la sintomatología expuesta, en la falta de alteraciones de los centros nerviosos, de los aparatos respiratorio, circulatorio (cuyo ritmo fué moderado con relación á la fiebre), urinario y digestivo, y por fin, en los buenos resultados obtenidos con la medicación antiséptica, calmante, etcétera, considera el Dr. Garriga que el diagnóstico más probable de la enfermedad aquejada por la referida joven, es el que sirve de epígrafe á este escrito. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 26 *de Febrero de* 1901.

Hematemesis toxi-infecciosas.— El Dr. Guyon: La comunicación importantísima del Dr. Dieulafoy tiene un gran interés para el estudio de las hematemesis toxi-infecciosas. He observado las hematemesis en tres casos de infección urinaria. Dos de estos enfermos curaron. Un enfermo ingresó en el Hospital en estado comatoso y en el último período de la infección urinaria. De repente tuvo hematemesis abundante, que se repitió durante el día. Murió, y en la autopsia se encontraron estrechez de la uretra y abscesos urinarios. En el estómago no había ulceración, pero sí sufusión sanguínea alrededor del píloro. Los otros dos enfermos padecían infección urinaria, pero curaron á pesar de la hematemesis.

El Dr. Dieulafoy: El Dr. Lucas Championnière ha planteado en su comunicación algunos problemas de gran interés. Pregunta cuáles son las causas de la frecuencia de la apendicitis. La respuesta es difícil, pero predomina un hecho, á saber: la apendicitis que conocemos hoy comprende varios estados morbosos distintos, y otras veces mal definidos, porque se carece de nociones exactas. Se admitió y describrió hace mucho tiempo un llamado «cólico miserere», sin que nadie haya sabido con exactitud lo que significaba. Se decía que un individuo había muerto de cólico miserere; en realidad había sucumbido de apendicitis. Lo mismo puede decirse de la llamada «pasión ilíaca». Se decía que había muerto de ella un enfermo y en realidad había muerto de apendicitis. La corriente de las ideas estaba tan desviada, que Grisolle, en el capítulo de los abscesos y flemones de la fosa ilíaca, no menciona la apendicitis, y sin embargo, la mayor parte de los que morían de flemón ilíaco sucumbían en realidad á los accidentes de apendicitis.

La peritonitis aguda, sin otra denominación, la famosa peritonitis *a frigore*, era, en resumen, una peritonitis cuyas causas y naturaleza se desconocían. Un enfermo, se decía, ha muerto de peritonitis de causa desconocida; en realidad, se trataba de una peritonitis apendicular.

En una época no muy lejana, cuando se desconocía la noción de la toxi-infección apendicular, se atribuía una importancia grandísima á la llamada perforación del intestino ó del apéndice por cuerpos extraños: huesos de pollo, espinas de pescado, etc. Un individuo, un niño, padecía peritonitis aguda mortal, sin causa bien determinada, y se decía: ha debido deglutir algún cuerpo extraño que ha perforado el intestino.

Antes de que la cirugía poseyera los maravillosos métodos antisépticos, era raro que pudiera comprobarse por la operación la patogenia de las lesiones abdominales mortales, y muchos casos atribuídos á la oclusión intestinal, á la estrangulación interna, etc., dependían indudablemente de la apendicitis, según demostraremos. Hoy podemos afirmar que bastantes accidentes peritoneales mortales, que antes se atribuían al puerperio, dependen en realidad de la apendicitis.

De modo que si se tienen en cuenta las causas numerosas de error de diagnóstico que han debido cometerse en la época en que la atención no se fijaba en la apendicitis, estos errores de diagnóstico explican por qué la apendicitis parecía tanto más rara cuanto que se la desconocía con más frecuencia. Hoy parece, al contrario, más frecuente, porque sabemos conocerla mejor. No sólo sabemos descubrirla en sus formas anormales é insidiosas, sino que sabemos que no queda localizada; la toxi-infección apendicular lanza por todo el organismo sus microbios y sus venenos: pio-tórax subfrénico, pleuresía purulenta y pútrida, gangrena del pulmón, infección purulenta del hígado, infección de los centros nerviosos, pericarditis purulenta, hematemesis fulminantes, nefritis tóxica y purulenta, etc., nos conducen sin cesar á la apendicitis, mientras que antes esta patogenia se desconocía.

Todas estas razones nos explican por qué la apendicitis parece mucho más frecuente desde hace algún tiempo. Lo mismo sucede con todo; un hecho, que parecía excepcional cuando se le conocía mal, parece más y más frecuente á medida que se aprende á conocerle mejor.

Llego á otra parte de la comunicación del Dr. Championnière: la referente al tratamiento de las hematemesis apendiculares. Nuestro colega propone tratarlas por el lavatorio del estómago con una disolución alcalina. En apoyo de su idea cita un caso de curación en una de sus enfermas, operada de apendicitis en el sexto mes del embarazo, y que tuvo hematemesis al día siguiente de la operación. No me atrevo á emplear esta medicación, y véase por qué: Las autopsias de las personas que han sucumbido á las grandes hematemesis, consecutivas á las erosiones y exulceraciones del estómago, nos han enseñado que, no obstante la pequeñísima dimensión de la lesión estomacal, el proceso necrósico hemorrágico agudo interesa casi siempre una arteriola. Creo, por lo tanto, que el reposo absoluto del estómago es un requisito necesario para la formación del coágulo vascular obturador. Todo alimento, todo líquido, toda poción que despierte los movimientos del estómago y lo congestione, perjudican á la solidez del coágulo obturador. Temo que los lavatorios impidan la formación y la consolidación de dicho coágulo, y no me atrevo á aconsejarlos, ateniéndome á las inyecciones de suero.

El Dr. Lucas Championnière ha expuesto su opinión respecto á la acción de los purgantes en el tratamiento de la apendicitis. Cito las palabras de nuestro colega: «Es preciso que no haya confusión en lo que he dicho. No he querido decir que curo la apendicitis por los purgantes..... Cuando se ha diagnosticado la apendicitis, no hay más que un tratamiento eficaz: la operación. Es necesario extirpar el apéndice. Nunca me cansaré de repetirlo».

He defendido tantas veces la opinión expuesta con tanta claridad por el Dr. Championnière, que no necesito insistir sobre ella. El purgante no sólo es incapaz de curar el foco toxi-infeccioso *aprisionado* en el apéndice (cavidad cerrada), sino que, como los otros medios medicamentosos, sólo sirve para hacer perder un tiempo precioso; es una contemporización embozada, á veces funesta, que da tiempo para desarrollarse los terribles accidentes apendiculares. Estoy completamente de acuerdo con el Dr. Lucas Championnière: los purgantes no curan la apendicitis; sólo es eficaz un tratamiento: la operación.

El Dr. Lucas Championnière: Haré dos observaciones ligeras al Dr. Dieulafoy. La primera respecto á la frecuencia de la apendicitis, que actualmente es para mí casi una enfermedad nueva. Estoy conforme en que hasta hace poco tiempo se ha designado la apendicitis con distintos nombres. Se ha dejado pasar los hechos y se ha dejado morir los enfermos de afecciones desconocidas. Pero estoy convencido que reuniendo todos los cólicos miserereres, todas las pasiones ilíacas, hasta las peritonitis variadas y de origen desconocido, no se conseguirá reconstituir en el pasado un conjunto de hechos como el que los estudios médicos actuales pone de manifiesto. Creo que si en este pasado los accidentes hubieran sido tan frecuentes y tan graves, no hubieran escapado completamente á la observación.

Aunque no es fácil probarlo en absoluto, he formado una estadística que me parece tiene un interés capital. No es posible negar las relaciones de los abscesos de la fosa ilíaca con la apendicitis. En un período anterior al actual, he observado un número ínfimo de estos abscesos en relación con los observados en los dos años últimos. Creo que esta estadística es digna de

atención, porque dichos abscesos constituyen los hechos que conocíamos antes del período actual. Ahora bien, en vez de ser más comunes, deberían ser mucho más raros, porque la ablación frecuente del apéndice debería evitar muchos de ellos.

Concedo, según he dicho, gran importancia á esta noción de la apendicitis, enfermedad nueva, porque tiene, para mí, una importancia capital desde el punto de vista de la profilaxis posible de esta enfermedad terrible.

Respecto á la terapéutica de los vómitos negros, me permito insistir en favor del procedimiento que he recomendado. No creo que sea preciso comparar para la génesis hemorrágica los casos de úlcera del estómago con los vómitos negros y las hemorragias de las septicemias.

En la hemorragia de la úlcera simple podéis esperar el reposo del estómago, no obstante la hemorragia; y la formación de un coágulo protector será quizá resultado de este reposo.

En el vómito negro apendicular, el estómago está distendido continuamente por las substancias negras y la sangre. Se halla, á causa de esto, en revolución continua. Sólo es posible dejarlo en reposo vaciándolo y corrigiendo su distensión. Prueba evidente de ello es el alivio extraordinario que se obtiene con esta evacuación aun en los enfermos que no pueden curar. Se les ve tranquilizarse y muchas veces dormir varias horas.

Por mucho cuidado que se ponga en descubrir ulceraciones de cierta importancia en la superficie de la mucosa estomacal, por donde se ha producido esta trasudación sangrienta, no se descubre ulceración comparable á la del *ulcus simplex*, por pequeñas que sean las aberturas de ésta.

Permitidme añadir que la naturaleza del líquido que empleo para estos lavatorios, no es indiferente. Los líquidos de dichos vómitos negros son horriblemente ácidos y la disolución alcalina de bicarbonato de sosa está, por este motivo, perfectamente indicada.

Manifestaré, para terminar, que además de estas indicaciones teóricas, tengo otra experimental. En efecto, todos los que he tratado de otro modo, han muerto. Los tratados del modo referido, se han aliviado y muchos han curado. Es indudablemente una consideración que no carece de valor.

Por último, no creo que pueda hacerse otra cosa, porque la abertura del estómago es impracticable en estos enfermos.

El Dr. Pinard: Haré una observación respecto á la creencia del doctor Championnière de que las apendicitis son hoy más frecuentes que antes. Seguramente, desde que gracias á los notables trabajos del Dr. Dieulafoy conocemos la apendicitis, desde que gracias á los métodos antisépticos la laparotomía nos permite comprobar nuestro diagnóstico, la apendicitis se reconoce más á menudo que antes. ¿Quiere decir esto que sea verdaderamente más frecuente? No lo creo. Porque si debe añadirse un capítulo á la patología del embarazo, la apendicitis, hay otros que pueden suprimirse: por ejemplo, los referentes á la peritonitis generalizada, á la pelvi-peritonitis, etcétera. Por este lado, no es posible encontrar elementos necesarios para probar que la apendicitis es hoy más frecuente que antes.

El Dr. Kelsch: La sintomatología, el diagnóstico, la patogenia de los accidentes, la terapéutica médica y la intervención quirúrgica, todo se ha discutido. Sólo ha quedado por discutir, ó se ha discutido á la ligera, la na-

turaleza de las apendicitis y, sobre todo, la causa del vuelo que ha tomado en estos veinte años últimos. A juzgar por sus caracteres puramente anatómicos, realiza el tipo de las flegmasías, y de las flegmasías completamente locales, al menos al principio, cuya patogenia ha encontrado una fórmula exacta y seductora en la doctrina de la cavidad. Pero la fisiología patológica de la lesión no basta para definir la enfermedad.

Si abandonando el terreno de la práctica pura, sobre el que se han sostenido hasta ahora todos los debates, todas las controversias suscitadas por esta afección, la consideramos desde el punto de vista más especulativo de la nosografía, veremos que bajo este título merece también llamar la atención, porque nos pone en contacto con principios de patología general, algo olvidados en medio de los métodos creados por el arte de curar. Creo que estos principios explican, ó al menos permiten comprender, la invasión reciente de la apendicitis en el cuadro nosográfico.

No es una enfermedad nueva. Hoy, por la multiplicación de sus ataques, por su gravedad eventual, se impone á las preocupaciones más imperiosas de la medicina y de la cirugía. A veces, se agrupan estos ataques y hacen sospechar un origen común ; la palabra epidemia se ha escrito ya en la historia de la apendicitis.

¿Qué es en el fondo? Es una pregunta que me he hecho hace mucho tiempo. Las doctrinas actuales no me satisfacen. Se cree hoy que la apendicitis es una infección local que se produce en el divertículo vermiforme del ciego. Los microbios del intestino, el estreptococo, el estafilococo y, sobre todo, el colibacilo, perdidos en este anejo delgado, se hacen virulentos, patógenos é invasores, á causa de su oclusión más ó menos completa. Sea. ¿Pero por qué se observan hoy más á menudo que antes estos maleficios de la cavidad cerrada? Además, la influencia ejercida por ésta sobre los microbios, no es admitida sin discusión, y las investigaciones de Roger y Josué no concuerdan en todos sus puntos con las de Klecki. Ultimamente, Jalaguier ha emitido una idea patógena nueva : subordina la lesión local á una infección general de naturaleza variable, en particular la grippe, según Faisans y Merklen. A ésta, y no á la oclusión del fondo de saco apendicular, se debe el aumento de virulencia de los agentes microbianos encerrados en él.

Esta noción nueva da un paso hacia la verdad. Responde á algunas de las objeciones formuladas contra la doctrina de la infección local, pero no contesta á todas. No explica por qué ejercen su acción únicamente sobre los microbios del apéndice, y no sobre los de las porciones restantes del conducto intestinal. Tampoco se comprende por qué el apéndice no se afecta con más frecuencia en las enfermedades infecciosas y por qué se afecta hoy más á menudo que antes. Creo que las asociaciones entre estas afecciones indican sencillamente su subordinación á la misma influencia general.

Merece también llamar la atención la poca tendencia de las enterocolitis de todas clases á propagarse del intestino al apéndice. La rareza de esta propagación no es debida á la independencia relativa de la circulación apendicular, como tampoco la poca tendencia de la bronquitis á convertirse en pneumonía lobular, puede atribuirse á la independencia respectiva de la irrigación sanguínea de los bronquios y de los alveolos pulmonares.

Esta autonomía de la lesión apendicular, cuya localización en la prolon-

gación vermiforme se compara no sin fundamento á la fijación de la fiebre tifoidea en el íleon ó á la de la disentería en el intestino grueso, nos induce á considerarla no como un proceso primitivamente local, sino como una determinación secundaria de una infección general. Es propio de las infecciones generales fijarse en localizaciones diversas y á veces en territorios limitadísimos, en particular en los que por su posición declive favorecen la lentitud circulatoria y la estancación de las materias.

Muchos médicos creen que la apendicitis corresponde á la localización de una infección general. Esta idea se apoya, además, en argumentos de índole experimental y epidemiológico. Sabemos, en efecto, que la apendicitis se ha producido artificialmente por la inyección intravenosa del bacilo de Eberth (Letulle), y en particular de un estreptobacilo, aislado por Charrin durante una epidemia de apendicitis que se desarrolló en los conejos de su laboratorio. Ha revestido, además, la forma de pequeñas epidemias (Gobulov), carácter propio de las afecciones infecciosas propiamente dichas.

Enfermedad general primitiva de localización secundaria limitada, tal es la idea que tengo de la apendicitis desde hace bastante tiempo. Análoga por la extensión de las lesiones á la disentería, de la que copia más de un rasgo, consiste en un proceso de ordinario crónico, con recrudescencias agudas, periódicas, debidas á causas auxiliares diversas, en particular á las que suelen invocarse por la patogenia. A decir verdad, esta enfermedad es mucho más frecuente de lo que se cree. Muchas indisposiciones abdominales, muchos cólicos más ó menos febriles, son sin duda ataques de apendicitis larvadas que desaparecen en silencio ó producen de repente las escenas tumultuosas descritas.

Admito que hay flegmasías apendiculares debidas á causas puramente locales, traumatismos, cuerpos extraños, coprostasis, lo mismo que existen ulceraciones del intestino grueso con síntomas disenteriformes, determinados por la acumulacion y el endurecimiento de las materias fecales, ó por irritaciones químicas debidas á la eliminación y á la descomposición de la urea en la superficie intestinal. Pero considero estos hechos como completamente distintos de los de la apendicitis, función de una infección general, como lo son las úlceras disentéricas verdaderas de las úlceras urémicas ó coprostásicas del colon.

Si consideramos así la apendicitis, su analogía con las otras enfermedades infecciosas nos permite comprender cómo ha podido hacerse invasora y llegar al lugar que ocupa en la patología.

Las enfermedades infecciosas experimentan en el transcurso de los años fluctuaciones grandísimas en su frecuencia, fluctuaciones regidas por condiciones múltiples que no creo conveniente examinar.

Perdidas en su origen ó durante una larga serie de años en las enfermedades comunes, ignoradas ó desdeñadas por los prácticos, se elevan poco á poco al rango de las enfermedades populares, resaltan de ellas, llaman la atención, preocupan, alarman y concluyen por tomar un vuelo epidémico. ¿No es esta la historia de la peste, del sudor miliar, del cólera, de la grippe, de la difteria, y para citar un ejemplo reciente, de la meningitis cerebroespinal desconocida ó poco menos hasta 1837, y con la que se relaciona la apendicitis por muchas afinidades? Hay enfermedades que desaparecen du-

rante algún tiempo ó definitivamente, otras que nacen ó renacen de sus cenizas y recorren en más ó menos tiempo el camino que han de recorrer. «Creo—escribía Sydenham hace más de dos siglos — que hay enfermedades nuevas y enfermedades que han desaparecido». La historia de la Medicina prueba la exactitud de esta apreciación, y los descubrimientos inmortales de Pasteur sobre las variaciones de la virulencia de los gérmenes y sobre las condiciones que las rigen, han esclarecido estos hechos de la epidemiología.

A mi juicio, debe buscarse en estas nociones la causa del aumento de frecuencia de la apendicitis.

Creeréis, sin duda, que es temerario poner en paralelo la apendicitis con la difteria ó la meningitis cerebro-espinal. Comprendo que es grande la distancia que media entre ellas; pero los principios de patología general que invoco, se aplican á todos los grados de la nosografía, desde las enfermedades comunes hasta las que en su evolución á través de los siglos, están expuestas á grandes fluctuaciones. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 6 *de Febrero de* 1901.

Gestación ovárica primitiva. — El *Dr. Hastings Gilford* presentó un ejemplar de rotura del saco de un embarazo ovárico primitivo en una mujer de treinta y ocho años. La rotura, con hemorragia interna grave, ocurrió catorce días después del período menstrual. A la operación, las trompas de Falopio se encontraron intactas. En el ovario izquierdo había una rotura de bordes irregulares obstruída por un coágulo duro. Por la rotura habían salido 2 litros de sangre. El coágulo duro adherido á la rotura se cree que era una «mola sanguínea».

El *Dr. T. W. Eden* dijo que el examen del ejemplar hace dudar de si se tratará, en realidad, de un embarazo ovárico. A simple vista, la llamada «mola» no presenta pruebas evidentes de ser un producto de gestación ; pero quizá el microscopio haya demostrado la existencia de vellosidades del corion. El ejemplar difiere bastante de los ejemplares de gestación ovárica presentados recientemente por el Dr. Croft, porque el ovario está muy poco alterado en su contorno y forma, y la cavidad en que la «mola» está contenida es completamente superficial. Uno de los puntos esenciales para el diagnóstico del embarazo ovárico, es la demostración del tejido del ovario en la pared del saco, lo que no ocurre en el caso actual, porque la pared del saco es, al parecer, un producto adventicio.

El *Dr. C. J. Cullingworth* manifestó que se atribuye demasiada importancia al estado de la trompa de Falopio. Se ha demostrado que la trompa puede recobrar con rapidez su aspecto y volumen normal después de la rotura tubaria. El estado de vacuidad y el aspecto normal no son incompatibles con una gestación primitiva.

Degeneración quística del fibroide.—El *Dr. W. H. Tate* presentó un fibroide, con degeneración quística, extirpado á una mujer de sesenta y ocho años, á

la que se extirparon los ovarios once años antes. La enferma padecía menorragia grave á causa de un fibroide que llegaba al ombligo. En 1899, el doctor Cullingwort extirpó un quiste tubo-ovárico derecho y los apéndices izquierdos. Esta mujer se encontró bien, hasta que en 1896 principió á sentir dolor hipogástrico, debido al desarrollo del fibroide. El Dr. Tate extirpó por la histerectomia abdominal, un fibroide convertido en cavidad quística, que contenía 1260 gramos de líquido coagulado pajizo. Este caso demuestra que los fibroides uterinos pueden degenerar después de la extirpación de los apéndices, lo mismo que después de la menopausia natural. — F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 1.° *de Febrero de* 1901.

Comunicación previa acerca de la inervación de la vejiga.—El Dr. v. Zeissl: Hace ocho años que he hecho mi primera comunicación relativa á los experimentos que acerca de la inervación de la vejiga practiqué en el Laboratorio de v. Basch. Los resultados de los experimentos que publiqué en 1892, fueron confirmados por varios autores. El único que se puso en duda fué el que demostraba la relajación del esfínter.

En la actualidad, he reanudado mis estudios sobre inervación de la vejiga, y como resultado de ellos, deduzco las conclusiones siguientes:

1.ª La sección de los nervios hipogástricos, hallándose llena la vejiga é intactos los nervios erectores, nunca provoca la expulsión del contenido de la misma. Los experimentos relativos á este punto los he practicado recientemente en 8 perros.

2.ª La excitación del nervio erector, practicada después de la sección de los nervios hipogástricos, produjo en todos los experimentos la contracción del plano muscular y la abertura del esfínter. Tan pronto como cesaba la contracción del primero, sobrevenía la relajación del segundo, y á consecuencia de ello, la abertura del esfínter y la evacuación de la vejiga.

3.ª La excitación de los nervios hipogástricos, estando intacta la vejiga y cerrada la uretra, provoca, por de pronto, la contracción de las fibras circulares de la vejiga, la cual va seguida muy pronto de una relajación del plano muscular, ó sea de las fibras longitudinales. Estos resultados concuerdan con los que han obtenido Griffith y Steward, empleando otro método experimental.

En los experimentos á que se refieren los párrafos 4.°, 5.° y 6.°, se excluyó la influencia del plano muscular. Para ello me serví de un instrumento ideado por v. Basch, el cual consiste en un tubo en forma de T, en el que está enchufado un tubo de vidrio más delgado. Este último, por su extremo inferior sobresale del primero, y, en cambio, por el superior está unido á él por un cemento impermeable. En el extremo inferior del tubo en forma de T y del tubo interior de vidrio, está ajustada una pera de goma, en forma tal, que desde el primer tubo se puede desplegar mediante la introducción de aire ó de agua. Este intrumento se introduce en la vejiga por el vértice

de la misma, previamente abierto, el cual se unirá de un modo muy íntimo al tubo de vidrio. El extremo inferior del instrumento está situado por encima del orificio interno de la uretra. Una vez inflada la pera de goma, el plano muscular ya no se puede contraer, y cuando el resto de la cavidad interior de la vejiga comunica con el manómetro de aire y de agua y de ramas desiguales, no provoca en éste la menor oscilación, ó la provoca tan pequeña, que la contracción, si es que llega á producirse, no pasa de 0,001 á 0,003, y por lo tanto, no puede influir en la evacuación de la vejiga. Sin embargo, estableciendo una abertura accesoria, todavía se impide que pase un poco de líquido desde el trígono á la uretra; por consiguiente, el agua que queda entre la pera de goma y la pared de la vejiga.

4.ª Si se dispone el experimento haciendo que pase líquido de la vejiga á la uretra, con lo cual se excita el extremo periférico del nervio erector, después de haber seccionado previamente los hipogástricos, á pesar de que el plano muscular no produce en el manómetro ninguna oscilación, se produce la relajación de los esfínteres, y á consecuencia de ella la salida de agua del istrumento constituído por la pera de goma. Como quiera que disponiendo el experimento en la forma mencionada he conseguido hacer inactiva la contracción más insignificante del plano muscular, puedo decir en la actualidad que en la expulsión del líquido que sale de la vejiga no interviene el plano muscular, y que, por lo tanto, la oclusión de la vejiga se abre por virtud de la relajación del esfínter.

5.ª Si una vez dispuesto el experimento del modo conveniente se hace pasar líquido desde el frasco de Mariotte hasta la uretra y desde ésta á la vejiga, que estará en comunicación con el instrumento de la pera de goma, se observará que la corriente líquida se interrumpe durante la erección; si se suspende la excitación, se verá que la corriente de líquido es más enérgica que antes de la misma tan pronto como la erección va desapareciendo. Este proceso tampoco se puede explicar de otra manera que por la relajación del esfínter.

6.ª Si dispuesto el experimento del mismo modo, se colocan el frasco de Mariotte ú otro, en que exista cierta presión, de tal manera que la oclusión producida por el esfínter impida el paso del líquido á la vejiga, se puede observar que cada vez que se produce una excitación del nervio erector, se establece una corriente líquida. Pero esta corriente vuelve á cesar, á consecuencia de la oclusión del esfínter tan pronto como cesa la excitación eléctrica. También en estos experimentos se seccionaron los nervios hipogástricos.

7.ª Si hallándose intacta la vejiga y cerrada la uretra se excitaba el nervio erector, se observó que de 13 casos, en 12 el nivel del manómetro descendió más que antes del experimento. Demuestra este hecho que, en realidad, se relajan las fibras musculares circulares. También en estos experimentos se habían seccionado previamente los nervios hipogástricos.

8.ª En vista de todo lo expuesto, entiendo que es exacta la ley de inervación cruzada que ha establecido v. Basch respecto á la inervación de la vejiga en el sentido que yo lo admito, ó sea en el de que el nervio hipogástrico conduce fibras motoras para las fibras circulares de la vejiga, incluso el esfínter y fibras moderadoras ó inhibitorias para el plano muscular. Ad-

mito, además, que el nervio erector contiéne fibras motoras para el plano muscular y fibras inhibitorias para las fibras musculares circulares, incluso el esfínter.

Relaciones entre las fosas nasales y los órganos sexuales femeninos (*tema presentado por el Dr. Schiff*). — El Dr. Schiff: Como resumen de todo lo que se me ocurre decir sobre las opiniones que se han expuesto en la discusión promovida acerca del tema por mí planteado, he de manifestar que los oradores que han tomado parte en esta discusión creo que se pueden dividir en dos grupos: uno el de los que cuentan con experiencia propia acerca del punto que ha sido objeto del debate; y otro el de los que no se encuentran en ese caso. Y debo hacer constar, que así como los oradores del segundo grupo que no han examinado por sí mismos los hechos discutidos y que nunca han visto experimentos ni ensayos de esta naturaleza, se han expresado todos ellos de un modo más ó menos terminante en contra de la fuerza demostrativa de mis experimentos, y creen necesario aconsejar que se proceda con gran circunspección en este asunto; todos los oradores del primer grupo que tienen conocimiento de la cuestión por experiencia personal, han confirmado, con excepción de uno solo, la exactitud de mis datos y de los de Fliess.—R. del Valle.

PERIÓDICOS

La kalagua y la tuberculosis. — La kalagua es una planta oriunda del Japón, que se ha aclimatado en la parte Sur de los Estados Unidos, donde se desarrolla perfectamente. Desde 1898 se la considera como específico de la tuberculosis.

Esta planta se ha experimentado en Bélgica y en el Norte de América.

Según las observaciones de los médicos belgas, Dres. Coremans y L. Pirsh, la kalagua es ineficaz para curar la tuberculosis experimental de los conejillos de Indias; en los conejos ordinarios, los resultados obtenidos han sido más satisfactorios. Este hecho, paradójico al parecer, se explica por ser los conejillos de Indias susceptibles en alto grado á la tuberculosis y carecer de la fuerza de resistencia necesaria. La kalagua no tiene en ellos tiempo para ejercer sus propiedades específicas.

El Dr. J. Edward Stubbert, en un trabajo leído en la County Medical Society, de Nueva York, citó varios casos de tuberculosis tratados con éxito por la kalagua. El estado general de estos enfermos mejoró bastante y el número de bacilos de los esputos disminuyó en grandes proporciones. En cambio, el remedio fué ineficaz en otros tuberculosos.

El Dr. F. Mechtold, que ha tratado varios enfermos de tuberculosis por la kalagua, es el partidario más entusiasta de esta medicación, que considera el remedio por excelencia. Llega á afirmar que es «un específico contra la tuberculosis pulmonar, igual que la quinina en las fiebres palúdicas, siempre que se administre á dosis suficiente, aunque las condiciones higiénicas sean desfavorables». De los 9 enfermos tratados por el Dr. Mechtold

con la kalagua, curaron 8 que se hallaban en el primer período de la enfermedad. Tres que habían llegado á un período más avanzado y tenían hemoptisis, mejoraron, desapareciendo todos los síntomas subjetivos, pero no por completo las lesiones pulmonares. En los enfermos con cavernas pulmonares, los resultados no fueron tan satisfactorios, si bien en 2 de 5 de ellos se observó bastante mejoría.

El Dr. D. H. Bergey ha experimentado la kalagua en conejillos de Indias y en conejos inoculados con el bacilo tuberculoso. De sus observaciones resulta que la acción de este supuesto específico de la tuberculosis es *nula*.

(*University Medical Magazine*). — F. Toledo.

Eritema escarlatiniforme descamativo y recidivante. — El Dr. J. Kramstyk, con motivo de tres casos de esta enfermedad que observó en su práctica, hace un estudio de la misma. La erupción, que no se distingue en nada del exantema escarlatinoso, se inicia en la espalda, extremidades superiores, abdomen y piés, y se propaga después al cuello, pecho y cara. La descamación comienza en un período muy precoz de la enfermedad y es muy abundante. Para el diagnóstico diferencial hay que fijarse principalmente en que faltan las afecciones de las fauces y el aspecto característico de la lengua. Cree el autor que muchos pretendidos casos de recidiva de escarlatina no han sido probablemente otra cosa que casos de eritema escarlatiniforme. Respecto á la patogenia de este último, opina el autor que en este caso, como en el de otros exantemas agudos, interviene probablemente un germen infeccioso de naturaleza desconocida. De todas suertes, no se trata de una afección cutánea de carácter local, sino de una enfermedad infecciosa general, y por lo tanto, sería más conveniente calificarla con el nombre de pseudo-escarlatina recurrente. — (*Medycyna*).— R. del Valle.

Tratamiento de la hiperclorhídria. — El Dr. F. Bialokur aconseja tomar un cuarto de hora después de la comida media á una cucharadita de la preparación siguiente:

Bromuro potásico	aa 25 gramos.
Cremor de tártaro	
Bicarbonato de potasa	3 —
Extracto de belladona	20 centígramos.

Esta medicación se emplea durante dos semanas. El bromuro potásico corrige los trastornos neurasténicos tan frecuentes en la hiperclorhídria; el cremor combate el estreñimiento; el bicarbonato de potasa neutraliza la hiperacidez estomacal y el extracto de belladona disminuye la secreción de ácido clorhídrico. El Dr. Bialokur emplea las sales potásicas, porque las sódicas, si bien neutralizan por el pronto la hiperacidez estomacal, tienen el inconveniente de formar en el organismo cloruro sódico, que sirve para formar ácido clorhídrico y aumentar así indirectamente la hiperacidez gástrica.

(*Le Bull. Medical*). — F. Toledo.

INDICE DEL TOMO L

Absceso apendicítico.... 403
Abscesos en los inomiomas uterinos.. 78
Abdomen (Cirugía del)... . . 112
Ablación de una compresa contenida en el intestino..... 30
Abolición del gusto..... 320
— del olfato. 320
Aborto..... 152
Abortos (Causas más frecuentes de los).... 5
Abrina..... 119
Aceite de hígado de bacalao fosforado... 316
Acidez urinaria..... 66
— de la orina (Influencia de la digestión en la). 362
Acido fosfórico... 28
Aerofagia..... 355
Afasia (Tratamiento de la).... 73
Agua caliente en inyecciones vaginales..... 322
— oxigenada en el tratamiento del noma..... 69
Aguas minerales en el diabético (Comprobante de cómo obran las)..... 449
— potables (Coli-bacilo en las). 261
Aguja extraída de la articulación de la rodilla..... 113
Aire de los hospitales quirúrgicos.. 40
Albumosas y peptonas..... 257
Alcohol (Aplicaciones locales del)..... . .. 240
Amnios (Resistencia exagerada del)..... 146
Amputación precoz y alta en la gangrena de los diabéticos.. 307
Analgesia cocaínica raquidiana 94
— — por la vía raquidiana. 387
Aneurismas (Sorpresas de los). 138
Anesiectomía unilateral..... 111
Anestesia. 239, 247, 334
— cocaínica... 274
— local 177
— — durante el parto... 17
— (Aparato para la). 403
Anestésico (Nuevo).... 22
Anestésicos oculares... 334
Angina de pecho..... 384
— tonsilar y su relación con el flemón del apéndice vermiforme..... 117
Angina ulcerosa con bacilos Vincens.. 406
Angio-esclerosis invasora..... 151
Anquilostomiasis..... 88
Apendicitis.... .... 391, 429, 471
— aguda..... 275
— (Tratamiento del primer período de la)..... 240
Aperitivos para tuberculosos.. 363
Argirina 20
Asepsia operatoria 245
Asma bronquial nervioso de los los niños (Tratamiento del) 197
Astasia abasia..... 81
Asterol... 19
Atrexia vaginal..... 311
Atrofia general infantil. 61
Atropina en las afecciones dolorosas del estómago. 160
Auscultación de los sonidos ó ruídos musculares... 158
Australianos y sus muertos... 421
Azúcar (Nueva reacción de)... 402
Azul de metileno 18
Bacilo de Löfler (Datos en contra del). 86
Bacilo Vincens..... . 406
Bacteriuria.... 67
Bacterias á través de las paredes intestinales (Paso de las) 87
Balas intracraneales..... 230
Bazo (Rotura del) 275
Bicicleta y la higiene (La).... 218
Blenorragia aguda ocular. ... 337
Bronco-pneumonía grippal.... 287
Busot (Baños de)..... 131
Cálculo renal..... 34
— vesical diagnosticado por los rayos X..... .. 26
— — del tamaño de un huevo de gallina..... 278
Cálculos de la uretra..... 410
Cáncer 186
— de la lengua..... 360, 397
— del recto..... . 437
— del útero..... 39, 77, 373
— primitivo del cuerpo del útero. 149
— y sus relaciones con la leucoplasia bucal..... 280
— (Estado de la sangre en los que padecen de) .. 107
— (Parásito del)..... 40

Cancroide (Tratamiento del).. 401
Cantantes (Higiene de los).... 418
Carbunclo..... 420
Carcinoma primitivo del cuerpo uterino..... 235
Caries dentarias..... 132
— dentaria como causa morbosa..... 407
Carótida interna (Rotura de la) 298
Castración en la mujer..... 330
Catarro de Egipto..... .. 337
Catarros bronquiales (Tratamiento de los)..... . 19
Cateterismo uretérico..... 315
— de los uréteres en las mujeres..... 150
Cerebro en la infancia (Enfermedades del)... 308
Cervezas arsenicales 257
Ciático-poplíteo externo (Rotura del nervio)..... 397
Cinamato de sosa 180
Cirugía del abdomen..... 112
— del estómago..... 68
— pleuro-pulmonar.... . 133
— de urgencia.... 290
Cistitis crónica (Tratamiento de la).. 316
— purulenta (Tratamiento de la)..... 198
— tuberculosa..... 377
Cistoscopia 150, 313
Cistopatía hiperémica..... 150
Chancro sifilítico de la conjuntiva bulbar..... 137
Clavo de especie en el tratamiento de las opacidades de la córnea..... 332
Clonus aislado del triceps braquial..... 37
Cloroformización 249
Clorosis 151
Coagulación (Obstáculos á la). 118
Cocaína (De la esterilización de las soluciones de).. 436
Cocainización de las fosas nasales..... 403
— de la médula para obtener la anestesia 239
Colelitiasis (Tratamiento de la) 193
Coli bacilosis. 87
Colporrafia.. 110
Compresión cerebral (Tratamiento de la)..... . 299
Congreso italiano de obstetricia y ginecología 108, 147
Conjuntivitis debida al bacilo de Wecks..... 337
Constitución de la sangre (Influencia del jugo gástrico sobre la)..... 149
Contribución á la patogenia de la vejiga femenina..... 313
Coqueluche (Bacteriología de la)..... 86
Corazón (Tratamiento de las enfermedades del)..... 20, 240
Corea con soplo extracardíaco 233
Cretinismo..... 154
Crioscopía del líquido amniótico..... 234
Crup ascendente..... 439
Cura de reposo en los casos de tisis pulmonar (Inconvenientes de la).... 319
Cuerpo extraño en la laringe.. 296
Cuerpos extraños en el seno maxilar..... 73
Deformación congénita de una pierna... 145
Degeneración quística del fibroide..... 476
Dentición de seis años (Higiene de la) 92
Derrame peritoneal latente... 70
Derrames de la pleura en la infancia (Examen radioscópico en los).. 440
Desagüe peritoneal..... 350
Desinfectante (Nuevo)..... 423
Desprendimiento retiniano. . 175
Desviaciones posteriores del útero (Nuevo procedimiento operatorio contra las)..... 152
— del útero..... 374
Diabetes 198, 307, 449
— dispéptica..... 300
— insípida y embarazo.... 145
Diagnóstico bacteriológico.... 157
Difteria bronquial primitiva . 439
Dilatación gástrica (La actitud del cuerpo en los casos de).. 448
Dislocaciones de los órganos pelvianos en la mujer)..... 218
Dismenorrea... ..... 278, 318
— (Tratamiento de la)... 403
Dispensarios anti-tuberculosos 419
Dispéptico (Higiene del)..... 339
Disentería.... 120
— (Tratamiento de la).... 18
Distocia por quiste hidatídico de la excavación pelviana... 233
Eclampsia 152
— puerperal 129
— — (Tratamiento de la) 199
Ectopia del corazón..... 402
— faríngea de la lengua... 234
— vesical operada radicalmente 37

Eczema (Tratamiento del).... 132
Edemas no albuminúricos de los niños 406
Embarazo ovárico..... 30
— — primitivo 187
— tubario 365
Encefalitis meníngea. 310
Encefalo-meningitis..... 229
Endocarditis vegetante reumática 69
Endocervicitis..... 329
Endometritis fungosa..... 239
Enfermedad de Adisson 178
— de Little..... 400
Enfermedades cerebrales en la infancia (Pronóstico de las).. 308
— parasifilíticas..... 461
— protozoarias..... 216
Enteritis (Tratamiento de las). 160
Enterocolitis disentérica 161
Entuertos uterinos..... . 120
Enucleación del ojo 306
— ocular 448
Envenenamiento arsenical por la cerveza..... 153
— por el zinc..... 417
Enzootia equina mortal..... 364
Epilepsia 318
— Jaksoniana..... 232
— de origen nicotínico.... 408
Epitelioma del píloro..... 121
— del cuello (Extirpación de un).... 340
— (Tratamiento del)..... 401
Erecciones dolorosas (Salicilato de metilo contra las)..... 320
Eritema escarlatinoso.... ... 480
— dudoso (Tratamiento del)..... 200
— sarampioniforme..... 70
Error de diagnóstico en un quiste del ovario. 184
Escarlatina..... 114
Escoliosis neurótica 368
Espasmo de la glotis.... 292
— laríngeo (Tratamiento del)..... 402
Espina bífida..... 444
Esterilización de las sondas elásticas de seda..... 401
Estómago (Ablación del)..... 143
— (Afecciones dolorosas del). 160
— bilobulado..... ... 68
— (Cirugía del) 68
Estomatoplastia..... . 374
Estrechez aórtica..... 34
— de la aorta torácica descendente 117
Estrechez de la uretra..... 409
Estrecheces esofágicas en los neoplasmas malignos..... 368
Exoftalmía pulsátil..... 297
Extirpación de la laringe..... 154
— de 8 centímetros de la yugular interna. 342
— del recto..... 437
— de un tumor del cuello. 340
— de la vesícula biliar.... 192
Fangoterapia... 445
Farmacología (Revista de).... 17
Faradización en las parálisis histéricas... 196
Fibroma de la pared abdominal 466
Fibromiomas del útero..... 369
Fiebre biliosa hemoglobinúrica 144, 259, 391
— Fiebre en patología pelviana (Significación de la)..... 199
— tifoidea. . 41, 87, 104, 261, 299, 467
— puerperal 456
Filariosis y los mosquitos (La) 256
Filtración de aguas 255
Fisiología del sueño..... 271
Fístula del canal de Stenon... 437
— vesico-vaginal. 375, 385, 464
Fístulas intestinales (Obliteración de las)..... .. 30
Flebitis varicosa..... 366
Flemón del apéndice vermiforme y su relación con la angina tonsilar..... .. 117
Flemones (Tratamiento de los) 320
Formadol..... 423
Fosas nasales y sus relaciones con los órganos sexuales femeninos.... 278, 317, 403, 479
Fototerapia en el tratamiento del lupus eritematoso. 362, 380
Fractura de la base del cráneo. 229
Fracturas de los metacarpianos (Tratamiento de las).. 159
— óseas (Tratamiento de las) 193
Franzensbad (Tratamiento de las afecciones ginecológicas en)..... . 445
Gangrena de la boca..... 263
— de los diabéticos..... 307
— gaseosa..... 157
— pleuropulmonar..... 234
Gastritis ulcerosa hemorrágica apendicular 357
Gastrostomía..... 220
— (Procedimiento simple de)..... 367
Gérmenes atmosféricos patógenos..... 85

Gestación ovárica primitiva... 476
Ginecología (Congreso italiano de)... 108, 147
Glaucoma... 334
— (Nueva teoría del)... 336
Glicosuria dispéptica... 300
Glioma de la retina... 305
Gránulos basófilos en células de núcleo polimorfo... 37
Granulaciones conjuntivales (Tratamiento de las)... 119
Grietas del pezón... 119
Grippe... 457
— (Dos palabras acerca de la) 281
Guayacil... 22
Guía Médico-Topográfica... 131
Gusto (Abolición del)... 320
Hematemesis (Caso grave de). 64
— apendiculares... 357, 391
— toxi-infecciosas... 470
Hematometra... 312
Hematosalpinx doble... 312
Hemoglobina y los metales pesados... 29
Hemoglobinuria paroxística heredo-sifilítica... 232
Hemorragia en la viruela (Mecanismo de la)... 280
Hemorragias bronquiales (Tratamiento de las)... 239
Hemostasia del hígado (Nuevo procedimiento de)... 30
— por la quinina... 29
Hemorroides (Tratamiento de las)... 20
Hernia abdominal curiosa... 235
Hernias del intestino grueso.. 437
— lumbares... 35
— voluminosas (Cura radical)... 398
Herpes zoster... 153
Herida del abdomen por una cuchillada... 106
— del maxilar y del hiodes por fusil Maüsser)... 99
— toraco-abdominal... 306
— penetrante del cráneo... 275
Heridas de lanzas... 200
— penetrantes del abdomen. 231
Heteroplaxia orbitaria... 306
Hidrartrosis de la rodilla... 113
Hidrocele crónico (Patogenia del)... 303
Higiene del dispéptico... 339
— de los cantantes... 418
— (Revista de)... 85, 255, 417
Hiperemia local producida por el calor (Acción curativa de la) 236
Hiperclorhidia... 480
Hipertrofia de la próstata... 411
Hipotermia en las infecciones. 451
Hipófisis de cretinos... 154
Histerectomía... 110, 112
— en la septicemia puerperal... 438
— vaginal... 151, 321
— vaginal (Complicaciones de la)... 350
Histeroscopia (Valor y límites de la)... 150
Homalcomya scalaris (El)... 401
Huevo cocido como material para cubrir defectos del cráneo... 199
Incontinencia de orina en la mujer... 376
Inervación de la vejiga... 477
Infección urinaria... 470
— uterina por retención de los loquios... 234
Infecciones intestinales... 393
— puerperales... 269
— (Consideraciones acerca de la hipotermia en las) 451
Inflamaciones oculares de los egipcios... 337
Ingerto autóctono de los extensores del pulgar... 437
— del ojo de conejo en la cápsula de Tenon del hombre... 448
Inomiomas... 444
— uterinos... 78
Insuficiencia aórtica (Tratamiento de la)... 29
Intestinos (Perforaciones del). 104
Intoxicación por el ácido fénico 433
Iritis aguda tratada con la iridectomía... 225
Itrol (Tratamiento de la úlcera venérea en el)... 80
Intubación... 353, 441
Inversión uterina... 108
Inyecciones cocaínicas en las parturientas... 228
— de suero... 61
Inyecciones intrarraquidianas. 436
— — de cocaína... 17
— vaginales calientes... 322
Isotonía de la sangre en la gestación y en el puerperio... 148
Jugo suprarrenal (Inyecciones de)... 178
— suprarrenal en las afecciones cardíacas... 240
Kalagua (La)... 479
Laberinto (Necrosis del)... 114
Laparotomía. 30, 68, 104, 112, 150, 186, 235
— por apendicitis aguda... 275

Laringe (Extirpación de la)... 154
Laringología (Revista de)..... 170
Laringo estenosis por membrana subglótica..... 353
Lavado intra vesical..... 316
Lavados vaginales.... 322
Leche (Esterilización de la)... 89
Lepra.. 420
Leucocitosis en los cancerosos. 186
Leucoplasia bucal y sus relaciones con la sífilis y el cáncer..... 280
Levadura de cerveza en las gastro-enteritis.... 160
— en los neoplasmas..... 260
Liquen ruber.... 308
Litiasis vesical..... 411
Little (Enfermedad de). 400
Litotricia..... 411
Loquios (Infección uterina por retención de los) 234
Lupus eritematoso (Tratamiento de)..... 362, 380
Luz roja en el tratamiento del sarampión.. 425
Macrodactilia 360
Materias excrementicias en varios alimentos..... 256
Meningocele lumbar... 196
Metales pesados y la hemoglobina (De los)..... .. 29
Metavanadato de sosa como aperitivo..... 363
Metritis aguda blenorrágica .. 269
— hemorrágica..... . 151
— por infección puerperal. 325
Metrosalpingitis de origen gonocócico..... .. 328
Microbio de Danysz contra las ratas 422
Microbios anaerobios 88
Mioma mesonéfrico..... 312
Mixedema frustado..... 113
Monstruo bicéfalo. 461
— esternosifópago..... 464
Mortalidad en la Habana por fiebre amarilla. 261
Muerte aparente del recién nacido 273, 305
Muguet (Tratamiento del).... 160
Nariz (Deformidad de la). ... 72
Necrosis del laberinto..... 114
Nefrotomía.... 414
Neoplasmas (Levadura en los) 260
Nervio pneumogástrico y de su influencia sobre el ritmo y la potencia del corazón 344
Nervios (Enfermedades de los) 117
Neuralgia del trigémino..... 319
Neurastenia (Tratamiento de la) 28
Nicotinismo.... 408
Niños (Tratado de enfermedades de los)..... 23
Noma (Tratamiento del)..... 69
Obstetricia (Congreso italiano de)..... 108, 147
Oclusión uterina.... 311
Oclusiones del intestino 57
Oftalmía flictenular..... 423
— simpática.. 338
Oftalmología (Revista de) ... 332
Olfato (Abolición del).... ... 320
Opacidades de la córnea (Tratamiento de las)..... 332
— del cuerpo vítreo 175
Operación cesárea... 77, 110, 233
— — vagino-uterina..... 152
— de Critchett..... 338
— de Dollinger-Zenenko.. 196
— de Ogston-Luc 424
Operaciones asépticas... 261
Orfila (Ensayo de una biografía de) 340
Orina (Influencia de la digestión en la acidez de la)..... 362
Organos sexuales femeninos y sus relaciones con las fosas nasales 278, 317, 403, 479
Otología (Revista de)..... 170
Ovario de los mamíferos durante la gestación (Datos para la fisiología é histología).... 149
Paladar óseo 172
Paludismo..... . . 70, 256, 391
— (Contagio del)..... 216
— en Italia..... 188
Papiloma laríngeo 181
— del ovario..... 350
— de los dos ovarios..... 112
Parálisis cerebral consecutiva á la tos ferina..... 71
— general progresiva..... 320
— histérica de las extremidades inferiores..... 196
— temporal de la lengua. 129
Parásito del cáncer 40
Parásitos del intestino..... 401
Parto (Inyecciones de cocaína durante el trabajo del) 228
— prematuro..... 152
Partos (Efectos de las inyecciones de cultivo esterilizado del bacilus antracis)... 152
— prematuros repetidos (Causas más frecuentes de los)..... 5
Pénfigo..... .. 308
— tóxico del recién nacido. 431
Peptonas y albumosas..... 257

Perforaciones del intestino 104, 186
Peritiflitis supurada..... 102
Peritonitis (Tratamiento de la) 240
Peroné (Resección total del)... 397
— (Rotura del) 397
Peronina..... 177
— en oculística..... 334
Peste bubónica..... 85, 422
— en Beyrouth (Epidemia de)..... 229
Persulfato de sosa como aperitivo 363
Píloro (Epitelioma del)..... 121
— (Resección del)..... 68
Pionefrosis..... 414
Piosalpinx 328
Placenta (Desarrollo y estructura de la)..... 149
— previa 147
Pleuresías (Diagnóstico de las) 440
— tuberculosas..... 133
Pneumonía de bacilos de Eberth 232
— de forma tifoidea en un niño 467
Pneumonías grippales..... 283
Pneumogástrico (Sección del). 340
Polineuritis infecciosa..... 468
Pólipos de la nariz..... 72
Predisposición hereditaria en las enfermedades microbianas 420
Presión sanguínea (Mediciones de la)..... 117
Problema del día..... 339
Profilaxis (Límite de la acción de los poderes públicos en la aplicación de los preceptos de la)..... 216
Prolapso genital..... 148
— del útero 276
— utero-vaginal..... 110
— — en una embarazada de siete á ocho meses.... 53
Próstata pequeña (Trastornos urinarios que provoca la) 193
Puerperio (Tratamiento del).. 324
Punción lumbar..... 299
Quemaduras graves (Tratamiento de las)..... 280
Queratotomía..... 338
Quinina (Algunos empleos de la)..... 29
Quiste areolar del ovario..... 184
— — del ovario simulando uno idatídico del hígado. 184
— hidatídico del hígado... 223
— — del hígado simulado..... 184
Quiste hidatídico de la excavación pelviana..... 233
— sero-mucoso pre-tiro-hioideo 24
Quistes dermoides del ovario.. 151
— hidatídicos..... 421
— — del hígado..... 141
— del ovario..... 369
Radioscopia (Errores de diagnóstico)..... 157
Radiografía 26, 70, 157, 230, 275, 316, 440, 464
Raquitismo..... 115, 155
— de los adolescentes..... 192
— (Tratamiento del)..... 402
Rayos X... 26, 70, 157, 230, 275, 316, 440, 464
Reacción iodada para el diagnóstico bacteriológico..... 157
Recto (Cáncer del) 437
— (Extirpación del)..... 437
Reumatismo..... 69
Resección del peroné..... 397
— de la vejiga urinaria.... 277
Retenciones de sangre..... 75
Retroflexión del útero grávido. 31
Revista de farmacología..... 17
— de Higiene.... 85, 255, 417
— de Oftalmología..... 332
— de Oto-rino-laringología. 170
— de Terapéutica..... 17
— de Rinología..... 170
Rinoplastia..... 201
Rótula (Extirpación de la).... 227
Rotura de la carótida interna en el seno cavernoso.. 297
— del nervio ciático poplíteo externo..... 397
— del peroné..... 397
— del peritoneo en un embarazo ovárico..... 30
Saccharomiyces neoformans... 36
Sal marina (Inyecciones hipodérmicas de)..... 144
Sala de operaciones..... 244
Salófeno..... 120
Salpingitis blenorrágica aguda. 112
Salubridad de la Habana..... 261
Sanatógeno en los casos de raquitismo..... 402
Sarampión..... 70, 233, 425
Sarcoma del cuello..... 341
Secreción láctea (Presentación tardía de la)..... 146
Septicemia puerperal (De la histerectomia en la)..... 438
Seroterapia preventiva..... 87
— en la diabetes 198
Sexo (Factor esencial en la producción del)..... 33

Sífilis..... 461
— (Aumento de la)..... 88
— (Engrosamiento óseo debido á la)..... 72
— y sus relaciones con la leucoplasia bucal.... 280
Signo de Combi en el sarampión (El)..... 233
Sinusitis etmoido-frontal..... 175
— frontal crónica..... 424
Siringocistoma..... 116
Somatosa..... 258
Sondaje del seno frontal.. ... 174
Sordera y parálisis facial bilaterales, producidas por la necrosis del laberinto..... 114
Sueño (Fisiología del)..... .. 271
Suero artificial (Inyecciones de) 280
— antidiftérico. 320
— anticoli de Lesage..... 161
— anticelular de Laeff.... 397
— anticelular de Wlaeff... 360
— gelatinizado..... 239
— (Inyecciones de)... .. 61
— inmunizante del carbunclo..... 420
Tabaco (Efectos nocivos del).. 408
Talla suprapubiana..... 411
Taponamiento del útero 110
Taquicardia ortostática. 29
Tartamudeo (El)..... 217
Terapéutica quirúrgica. 241, 321, 369, 409
— (Revista de)..... 17
Tétanos..... 458
— (Tratamiento del)..... 389
Thiocol..... 19, 177
Tifus exantemático..... 119
Tisis pulmonar.. 319
— (Tratamiento de la tos en la)..... 407
Tos ferina..... 71
— emética de los tísicos (Tratamiento de la) . 407
Tracoma..... .. 337
Traqueotomía..... 353, 441
Trastornos menstruales (Influencia de los)..... 151
— vesicales de origen cerebral..... 38
Trepanación doble..... 229
Trombo-flebitis supurada del seno transverso.... 170
Trombosis y flebitis de gonococos en la retina..... 335
Tuberculosis..... 420
— (Aperitivo en los casos de)..... 363
— cerebral.. 311
— (Liga española contra la)..... 219
— (Profilaxis de la)..... . 259
— en los niños..... 87
— laríngea..... 177
— (Tratamiento de la).... 479
— pulmonar..... 180
— — (Tratamiento de la). 19
— verrugosa del pié..... 405
Tuberculosos (Dispensarios para cuidar los) 419
Tubo laríngeo (Utilidad del) 273, 305
Tumor del cuello (Extirpación de un)..... 340
Tumores cerebrales operados.. 398
— malignos..... 373
— — (Tratamiento de los) 360, 396
Ulcera venérea (Tratamiento de la)..... ... 80
Ulceraciones umbilicales de los recién nacidos..... 70
Uretroscopia..... 150
Utero-anexitis por infección gonocócica probable..... 326
Utero (Cáncer del) 39, 77, 149, 373
— (Carcinoma del)..... 235
— (Desviaciones del).... . 374
— grávido (Retro-flexión del)..... 31
— (Inomioma del)..... 444
— (Inversión del)..... 108
— (Oclusión del)..... 311
— (Prolapso del)..... 276
Vacuna y viruela..... 89
Várices (Tratamiento quirúrgico de las)..... ... 366
Variz estomacal produciendo una hematemesis..... 64
Vejiga femenina..... 313
— (Irrigación de la)..... 316
— (Inervación de la) 477
Vicio congénito del corazón... 404
Viruela..... 280
— (Recidivas de la)..... 305
— (Tratamiento de la).... 363
— vacuna y vacunación ... 89
Vómito negro apendicular 357, 391

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Codina Castellví (D. José), Médico por oposición del Hospital Provincial de Madrid.
Cortiguera (D. Joaquín), Especialista en partos y enfermedades de la mujer (Santander).
Debout-D'estrées. Médico-Consultor de las Aguas de Contrexeville.
Espina y Capo (D. Antonio), Médico del Hospital Provincial de Madrid.
Fernández (D. José), Médico en Maillo (Salamanca).
García Mansilla (D. Sinforiano), Oculista del Hospital Provincial de Madrid.
Gutiérrez (D. Eugenio), Profesor de Ginecología del Instituto de Terapéutica del Dr. Rubio.
Larrú (D. Julio), Médico-Farmacéutico, Titular de Santoña y Director de Sanidad marítima, por oposición, del puerto.
Mariani (D. Juan Manuel), Médico de número del Hospital de la Princesa. Madrid.
Ots Esquerdo (D. Vicente), Médico Director del manicomio provincial de Vizcaya en Bermeo.
Pérez Noguera (D. Emilio) Médico del Cuerpo de Sanidad Militar. Madrid.
Ribera y Sans (D. José), Catedrático en la Facultad de Medicina de Madrid.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Rueda (D. Francisco), Oto-rino-laringólogo. Madrid.
Sarabia y Pardo (D. Jesús), Profesor en el Instituto Rubio de Terapéutica operatoria de Madrid.
Sentiñón (D. Gaspar), Doctor en Medicina y Cirugía (Barcelona).
Suarez de Mendoza (D. Alberto), Profesor libre de enfermedades de las vías urinarias en la Facultad de Medicina de Madrid.
Toledo y Cueva (D. Federico), Médico en *Las Rozas* (Madrid).
Valle y Aldabalde (D. Rafael), Médico por oposición del Hospital Provincial de Madrid.

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Rinoplastia parcial y extensa..... 207
Cánula especial con una cámara aisladora de amianto..... 323

ERRATAS MAS IMPORTANTES

Página	*Línea*	*Dice*	*Debe decir*
121	9	1889	1899
225	33	*La oto-rino-laringología Española*	*Revista de Especialidades médicas*
269	11 y 48	nefritis	metritis
353	12	*La Clínica Oto-rino-laringológica*	*Boletín de Laringología, Otología y Rinología*

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1888)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO LI

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Carretas 8 y Garcilaso, 6.

1901

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

DIAGNÓSTICO DE CIERTOS ESTADOS FEBRILES INFECCIOSOS Y EPIDÉMICOS

CONSIDERADOS POR ALGUNOS COMO FIEBRES GÁSTRICAS

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO BÉCARES Y FERNÁNDEZ

Médico de San Cristobal de Entrevíñas (Zamora).

Vengo sospechando desde hace algún tiempo, que la fiebre gástrica como entidad morbosa especial, completamente identificada y definida no existe: todos los casos que así se diagnostican son, ó fiebres tifoideas abortivas (las tres cuartas partes), ó provocadas por el agente bacilar que de ordinario se encuentra en el intestino, el colibacilo.

Antes de desarrollar mi trabajo, creo de necesidad copiar del modo más exacto posible el síndrome de los procesos patológicos, calificados de fiebre gástrica; solamente así, podrán los lectores de la REVISTA darse cuenta de las consideraciones que ligeramente he de ir apuntando.

Es de todos sabido, puesto que son enfermedades de todos los países, que en determinadas épocas del año, y de preferencia en otoño y primavera, se desarrollan bajo forma epidémica unos estados febriles que de modo sucesivo invaden familias, calles y zonas enteras de las poblaciones.

Estos procesos, que tienen como característica la fiebre y como diferenciación el predominio en la localización gastro-intestinal, coinciden muchas, pero muchas veces, con las epidemias de fiebre tifoidea típica, clara, evidente.

Llama la atención en estos casos, ver al lado de enfermos tíficos con todas las manifestaciones de la infección eberthiana, otros en los que, si bien se perciben algunos detalles que parecen comunes á

los primeros, sin embargo, escrupulosamente examinados tienen diferencias muy ostensibles; ni la invasión, ni la sintomatología, ni la evolución, y por último, ni la autopsia, presentan nada de identidad con los francamente tíficos.

En presencia de estos casos que se ofrecen al médico, bien al principio ó en la declinación de las epidemias tifoideas ó intercalados entre los verdaderos tifus, la duda se apodera del ánimo y el clínico acaba por vacilar en el diagnóstico.

¿De qué se trata? ¿Serán también enfermos tíficos en los que la pequeña intensidad de la infección produzca esas modalidades? ¿Qué clase de infección será la responsable de esos estados? Pero no queremos adelantar juicios, y vamos á exponer el cuadro sintomático de esos enfermos.

Después de un período de incubación variable, pero que no debe pasar de tres semanas, son acometidos en la misma fecha ó sucesivamente varios individuos. Los escalofríos repetidos aunque no muy intensos, el quebrantamiento general, la cefalalgia y los vómitos, abren la escena en unos casos; los mismos fenómenos con adición del insomnio, inapetencia y epistaxis, son el preludio de otros.

Así como hay dos modos de empezar estas enfermedades, así pueden distinguirse también en su evolución dos formas principales: 1.° Formas sencillas; 2.°, formas más intensas.

Formas sencillas. — Después de dos ó tres días del período prodrómico descrito y sin que de ordinario vaya precedida de epistaxis, aparece la fiebre que no alcanza una cifra elevada, llega á 38°,5, pero rara vez la sobrepasa; en cambio, las remisiones son de pocas décimas. Acompañando á la fiebre se presenta la aceleración del pulso, cuya frecuencia es de 90 á 100 por minuto, siendo además amplio y regular; la cara está ligeramente sonrosada y hay sed.

En el aparato digestivo se nota: lengua roja en un principio, después blanquecina con manchas alargadas y menos cubiertas, debido sin duda á la descamación epitelial, inapetencia para las substancias sólidas, timpanismo exagerado en el epigastrio, que resulta doloroso á la palpación, y algunas veces dolores espontáneos en la misma región. En esta forma, rara vez hay vómitos. Por la palpación del intestino se percibe mayor tensión de las paredes abdominales por la contracción de los rectos del abdomen; percutiendo, se nota el sonido timpánico, pero más claro que el normal, y por último, no hay ningún dolor ni espontáneo ni á la palpación, solamente se oyen algunos borborigmos á distancia.

Hay estreñimiento que se vence fácilmente con enemas laxantes, y el producto expulsado es de bastante consistencia y de forma ovalada, pero sin olor especial.

La orina es normal en cantidad, roja y con poco sedimento.

No hay modificaciones en los ruidos respiratorios.

Las funciones cerebrales se ejercen sin detrimento, el sensorio está despejado, hay lucidez completa, el enfermo contesta á cuanto se le pregunta, y su sueño tranquilo tan sólo es interrumpido á veces por algunas pesadillas.

En cuanto al curso de esta forma hay que hacer algunas diferencias: en casos la enfermedad va precedida de pródromos como la hemos descrito, pero en ocasiones también se presenta la fiebre en medio de una calma aparente, subiendo desde luego á la altura que después ha de tener. La manera de conducirse la temperatura no es típica, pues lejos de observarse siempre las remisiones matutinas y las exacerbaciones á la tarde, se presentan con tipo inverso algunas veces.

La duración de esta variedad de fiebre es por término medio de siete á nueve días, pero también se presenta la defervescencia al tercero y aun al segundo día, como hemos visto varios casos.

La forma de terminar es de ordinario por lisis, aunque haya ocasiones en que lo hace de manera brusca.

No he visto fenómenos críticos y en un enfermo en que sólo duró el proceso tres días, se presentó el herpes labialis el primero de enfermedad.

El pronóstico de esta forma fué benigno: después de una duración que variaba de cuatro á nueve días, venía la regresión lenta de todos los síntomas y el enfermo entraba en convalecencia.

Formas más intensas.—Precedidas de los pródromos descritos, se desarrollan estas enfermedades con más aparato que las primeras, con mayor lujo de detalles, pero sin que por eso puedan colocarse fácilmente en ningún cuadro nosológico. Tampoco es raro que aparezcan de repente, y de cualquier modo siempre la fiebre alcanza mayor altura, 39° ó 39°,5 cuando más, el pulso es más frecuente (100 á 110 pulsaciones al minuto), y todos los demás síntomas son como en la primera forma, aunque más intensos.

Sólo en el aparato digestivo, y sobre todo en el intestino, es donde se acusan mayores trastornos. Aquí el vientre está más timpanizado, doloroso á la presión, sobre todo en las dos fosas ilíacas y á veces espontáneamente. Por la palpación de los hipocondrios se des-

pierta dolor, y más en la zona del bazo, pero no se descubre aumento de volumen. La región epigástrica está también muy sensible. Auscultando, se perciben numerosos borborigmos en todo el tronco intestinal. No hay diarrea, dominando, por el contrario, el estreñimiento, y el material excrementicio duro y apelotonado, sale bañado por un líquido obscuro y de mal olor. La cantidad de orina está algo disminuída, presentando los caracteres de la orina febril.

La más fina observación no descubre en la piel del cuerpo entero mancha de ninguna clase; la piel está rubicunda, y esto es todo.

En el aparato respiratorio solamente se descubren signos de catarro bronquial, pero poco intenso. La frecuencia respiratoria guarda relación con la altura de la fiebre.

Se observa en el órgano visual ligera inyección de la conjuntiva, pero sin lagrimeo, aunque algo de fotofobia.

Aquí, aunque el enfermo asiste con claro entendimiento á la evolución de su mal, ya se presenta sobre todo por la noche, un delirio tranquilo, que desaparece con sólo llamar la atención del enfermo.

Aparte las diferencias dichas que separan esta variedad febril de la anterior, se completa más aún la diferenciación viendo el curso que sigue.

No dura solamente nueve días; se prolonga quince ó aun más. En esta fecha, y unas veces críticamente y otras por defervescencia lenta, se inicia la convalecencia que exige algunas precauciones higienico-dietéticas para evitar recaídas. Yo las he observado en el 23 por 100 de los casos.

Tal como las hemos descrito, hé ahí las dos variedades de esos procesos infeccioso-febriles que algunos de mis colegas han diagnosticado de fiebres gástricas.

De 129 casos que he tenido ocasión de estudiar, en todos he visto parecidas formas y siempre, además de la benignidad de los síntomas de la primera, se ha establecido la diferencia por la mayor duración de las formas intensas, aparte de otros fenómenos más importantes que en algunos enfermos se han observado.

En siete enfermos de la segunda variedad se presentaron hemorragias intestinales; solamente sucumbieron tres, en los que sin duda revistió la pérdida sanguínea mayor intensidad. Estas hemorragias merecen fijar la atención por la importancia que tienen para el diagnóstico. Volveremos á insistir sobre ellas.

Antes de pasar más adelante, diré que los casos expuestos y que han merecido para bastantes médicos el nombre de fiebre gástrica,

no pueden ser tal si se analiza escrupulosamente la cuestión. En efecto, no pudiendo admitir el concepto patogénico de las fiebres según la antigua escuela piretológica, puesto que equivaldría á resucitar ideas unánimemente desterradas, hemos de buscar para esos estados febriles un término que esté más en armonía con su causa, con su esencia, que exprese más claramente la naturaleza de la enfermedad; y siendo así, ¿qué necesidad hay de apelar á ese calificativo, que no hace sino originar confusiones?

Si se atiende á la localización morbosa, no puede decirse que es gástrica solamente, porque hemos visto también participación del intestino (timpanismo, dolor, borborigmos); y aun admitiendo, sobre todo para la primera forma, mayor participación gástrica, no nos autoriza esto á calificar á la fiebre (que además no lo es todo, ni siquiera lo más importante) con esa expresión, porque á nadie se le ocurre en los actuales tiempos llamar fiebre meníngea á la meningitis aguda cualquiera que sea su carácter, ni fiebre intestinal á la fiebre tifoidea.

Podría objetársenos que autores como Dieulafoy admiten el proceso fiebre gástrica haciéndole sinónimo de catarro gástrico febril; pero en primer lugar no hay coincidencia sintomática, ni siquiera de evolución con los estados descritos; y en cuanto á la invasión epidémica que á veces afecta el catarro gástrico cuando se exponen á las causas determinantes gran número de individuos, hay que ponerla en duda, pues el mismo Dieulafoy advierte que se estudien con detenimiento esos catarros gástricos, que pueden muy bien ser fiebres tifoideas.

No pueden confundirse los términos; y aunque Dieulafoy admita como sinónimos el catarro gástrico febril y la fiebre gástrica, esta última expresión se refiere á estados diferentes por demás de los aquí apuntados.

Pero si no podemos admitir el diagnóstico de fiebre gástrica ni de catarro gástrico febril, hemos de procurar otro más racional y que esté más en armonía con las ideas corrientes.

Por la época en que yo hacía estas observaciones ocurría en Madrid la epidemia de fiebres tifoideas, que más tarde ocupó la atención de médicos tan distinguidos como los Dres. Mariani y Espina. Con ocasión de este suceso hubo de discutirse en la Real Academia de Medicina el diagnóstico de muchos de los casos ocurridos, sosteniéndose por unos el juicio de fiebres tíficas, en tanto que otros afirmaban que, por lo menos algunos casos, eran debidos á auto-intoxi-

caciones intestinales producidas por las toxinas del bacilo coli en cuanto se hacía patógeno.

Esto excitó mi curiosidad, y desde entonces me propuse seguir exactamente el curso de las enfermedades que se presentaban á mi observación. Lo primero que se me ocurrió (ya que por entonces trataba yo de aquilatar el diagnóstico de esos tantos casos cuya observación he referido) fué pensar si por lo menos algunos no podrían ser producidos por el bacilo tífico ó el colibacilo. Desde luego me faltaba el recurso supremo: carecía de medios para hacer preparaciones microscópicas, y me era imposible llegar por este camino al diagnóstico causal.

Creía firmemente que los casos que me ocupan eran infecciosos, febriles y epidémicos, con localización gastro intestinal; pero de qué infección se trataría, no podía decidirlo categóricamente.

En vista de esto, me propuse hacer diagnóstico clínico, y teniendo en cuenta que de las infecciones que pueden dar lugar á determinaciones en el tubo digestivo, sección apuntada, la fiebre tifoidea puede colocarse en primera línea, y, por otra parte, que la falta de absoluta coincidencia sintomática entre las enfermedades tíficas y las aquí apuntadas, puede explicarse fácilmente por las diferencias de terreno y medios de defensa de cada individuo, insistí en el juicio de considerar á los estados, origen de este trabajo, como producidos por el bacilo tífico ó el colibacilo.

Corrobora este diagnóstico el proceso hemorrágico observado en algunos casos. En siete enfermos que en el curso del proceso no habían presentado nada diferente de los demás, bajó de repente la temperatura al décimoquinto día, y tres mueren en colapso; en los otros cuatro, asciende nuevamente el calor á 39°, y con el tratamiento apropiado entran en convalecencia, y al fin curan.

Ahora bien, la hemorragia intestinal supone la rotura de un vaso de mayor ó menor calibre, y para que esa efracción se verifique, se precisa también que en las paredes del intestino se fragüe un proceso de disgregación molecular que termine por romper las túnicas arteriales ó venosas. Entre los procesos ulcerosos del intestino que puedan dar lugar á roturas vasculares, excepción hecha de la disentería, tuberculosis y sífilis, de las que no existen antecedentes en nuestros enfermos, la fiebre tifoidea es la que ocupa el primer lugar, ¿no es natural pensar en ella para explicar al menos los casos de la segunda variedad? Evidentemente sí.

Pero aunque la hemorragia intestinal sólo se presentó en siete ca-

sos, no por eso hemos de excluir de este diagnóstico tífico los restantes de la segunda forma, pues aquéllos, excepción hecha de la pérdida de sangre, nada diferente presentaron de los demás; la misma invasión, los mismos síntomas, idéntico curso, la única variante la dió sin duda, la mayor intensidad del proceso en los enfermos con enterorragia; la ulceración de las placas ganó más en profundidad y alcanzó el vaso; en los demás, el proceso de mortificación se quedó más superficial y se evitó la rotura vascular.

En cuanto á los enfermos de la primera variedad, les considero también con un parecido que puede identificarles; lo que les distingue, lo que les distancia notablemente, es á mi juicio, además de la menor participación morbosa del intestino, la debilidad de la acción causal que quizá sea diferente que para los de la segunda forma. ¿Podrían considerarse como dependientes de la infección colibacilar?

Sigamos haciendo diagnóstico diferencial.

Es cierto que la infección por el bacilo de Pfeifer tiene también localizaciones gastro-intestinales que, aunque las menos frecuentes, pueden, sin embargo, simular el cuadro de las fiebres tifoideas; desde luego, los casos de formas sencillas no coinciden con la forma leve de la grippe cuyas manifestaciones principales son fenómenos catarrales, y en cuanto á la forma grave grippal, no se observan las hemorragias intestinales, pues si en algunos casos se ha llegado á dudar del diagnóstico grippe por creerse que la muerte en colapso del enfermo sería acaso debida á una pérdida de sangre por rotura vascular del intestino, nunca pudo comprobarse esa hemorragia, y sí, en cambio, una intoxicación bulbar por las toxinas del bacilo de Pfeifer.

Tenemos, pues, también que desechar la grippe en el diagnóstico que perseguimos, y esto es un argumento más á nuestro favor para dejar sentado el de infección tífica, aunque algo atenuada, para los casos de las formas más intensas, y el mismo, aunque con visos de infección colibacilar, para las sencillas.

No debe sorprender que enfermedades cuya evolución me indujo á hacer un pronóstico benigno, den lugar á accidentes tan serios como la enterorragia y aun la perforación intestinal, pues Dieulafoy habla en su última edición de *Patología Médica* de un tifus abortivo ó levísimo que, si bien es de corta duración, puede revestir la intensidad suficiente para dar lugar á hemorragias y roturas de las paredes del intestino. Así se explica la hemorragia que mató á tres de mis enfermos

No hemos dicho, al hacer el diagnóstico de la segunda forma, que se trata de una infección provocada por el bacilo de Eberth, y sí únicamente que es una enfermedad tífica, porque está aún en litigio la noción etiológica de las enfermedades tifoideas, y en cuanto á la primera variedad, no nos es posible, dados los medios de que puedo disponer, afirmar categóricamente si son dependientes del bacilo del tifus ó del colibacilo.

Digo que no está aún terminantemente resuelta la etiología de las enfermedades tifoideas, porque el sero-diagnóstico de Widal, considerado como recurso supremo, no ha desvanecido todas las dudas. Según Widal, el suero de los enfermos afectados de enfermedades tifoideas, ejerce acción aglutinante únicamente sobre el bacilo de Eberth, y este carácter permite fijar el diagnóstico. Pero esto no es absoluto, pues Courmont y Lessieur han obtenido con el suero de los mismos enfermos la acción aglutinante del colibacilo, y si bien es verdad que solamente en dos casos han podido encontrarla, basta, sin embargo, para invalidar el carácter general que se había dado al sero-diagnóstico.

Resumiendo: los estados descritos con el nombre de fiebre gástrica, deben considerarse como infecciosos, febriles, con localizaciones gastro-intestinales, y originados, la mayoría de las veces, por el bacilo tífico, aunque algunos puedan ser provocados por el colibacilo.

REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar. Madrid.

SUMARIO: I. Acción afrodisíaca de la Echinacea angustifolia.—II. Empleo del alumbre en el tratamiento del prúrigo.—III. Cacodilato de hierro.—IV. El salicilato de metilo en el reumatismo agudo.—V. Tratamiento del ozena por el ácido cítrico.—VI. Valor del itrol como antiséptico en Cirugía.—VII. Arsenio-citrato de hierro amoniacal.—VIII. Tratamientos de la tuberculosis pulmonar y laríngea, presentados al último Congreso internacional de Medicina.

I. **Acción afrodisíaca de la Echinacea angustifolia.** — El Dr. Stinson describe en el *New York Medical Journal* este nuevo remedio, dotado de propiedades estimulantes, antisépticas, anticimóticas, alterantes, anodinas y afrodisiacas.

Por vía gástrica (5 gotas á 4 gramos de extracto fluído mezclado con agua, todos los días) se ha empleado con buen éxito contra las afecciones palúdicas, fiebre tifoidea, sífilis, dispepsias, difteria, septicemia, anemia, erisipela, cáncer y mordeduras de reptiles venenosos.

Tópicamente (solución acuosa de dicho extracto fluído al 25 por 100) se ha prescrito en los trastornos de la dentición, úlceras de la garganta, gomas simples ó ulcerados, heridas, escaras, mordeduras de serpientes, hemorroides, quemaduras, carbunclos, uretritis, vaginitis, diferentes formas de eritema y erisipela.

Pero la acción principal de la *Echinacea* es, sin duda alguna, la afrodisiaca, que se obtiene friccionando la mucosa del glande y del prepucio con el extracto fluído, puro, de la planta, en dosis de 20 á 60 gotas. La fricción despierta una sensación de ardor suave y agradable, acompañado de ligeros latidos; la temperatura local se eleva, los vasos aparecen dilatados y turgentes y la erección se verifica pocos minutos después (dos á quince), bastando para prolongarla por largo tiempo, repetir con cortos intervalos las aplicaciones de la citada droga, ó hacerla actuar de un modo más continuo, manteniéndola aplicada por medio de torundas de algodón ó trozos de gasa. También es posible provocar una nueva erección inmediatamente después del coito, recurriendo al empleo del referido extracto en la forma que antes se indica.

Una sola fricción basta, por regla general, para conseguir el efecto deseado, pero si con la primera no fuese suficiente, puede repetirse con intervalos de quince minutos cuantas veces se juzgue preciso.

El medicamento que nos ocupa es, en fin, de resultados positivos y constantes en todas las formas de impotencia y pseudo-impotencia, siempre que no estén determinadas por lesiones orgánicas irremediables, y sus efectos resultan, sobre todo, notabilísimos, en la neurastenia sexual, en el apagamiento ó debilidad de los deseos sexuales, en la desconfianza de la propia energía genital y en las deficiencias del poder eréctil ó del placer venéreo.

En cuanto al íntimo mecanismo de tales efectos, Stinson supone que la *Echinacea* actúa sobre las extremidades periféricas de los nervios sensitivos y vaso-motores del pene, provocando un estímulo térmico, que transmitido á los centros cerebro-espinales correspondientes, los despierta, refuerza y vivifica, disipando, á la vez, el abatimiento ó la debilidad funcional que padecían

Al mismo tiempo, y también por acción refleja, activa el funcio-

nalismo de los centros respiratorio, circulatorio y vaso-motor de la médula oblongada, aumentando la frecuencia de la respiración, haciendo más enérgicas las contracciones cardíacas, reforzando la presión sanguínea y elevando la temperatura. Es decir, que no obstante su acción primitiva local, únicamente circunscrita á los nervios del glande y del prepucio, el medicamento que estudiamos actúa, después, como excitante general de la circulación y del sistema nervioso.

Claro está que en la impotencia orgánica y paralítica, los efectos de esta droga no pueden ser muy notables; pero en cambio, produce excelentes resultados cuando se aplica tópicamente, de la misma manera que dejamos descrita, contra la afrodisia de las mujeres.

II. **Empleo del alumbre en el tratamiento del prúrigo.** — El Dr. Albert ha recomendado recientemente los baños de solución de alumbre al 10 ó al 30 por 100 contra el prúrigo, empleando tapones ó torundas de algodón hidrófilo, que empapa en la solución caliente de sulfato alumínico potásico, y con las que frota de un modo suave, durante largo tiempo, las partes enfermas. Dichas aplicaciones deben repetirse varias veces al día.

El Dr. L. Capitan asegura (*Médecine Moderne*) que ha conseguido con el procedimiento de Albert resultados verdaderamente notables, no sólo en el prúrigo, sino también en varias formas de eritema, sobre todo en las muy pruriginosas.

III. **El cacodilato de hierro.** — Los Dres. Gilbert y Laroboullet han presentado al XIII Congreso internacional de Medicina una nota acerca del empleo del cacodilato de hierro, que consideran muy preferible al de sosa en el tratamiento de la clorosis y de la cloro-anemia, pues se trata, según dicen, de un producto desprovisto casi por completo de efectos tóxicos, fácilmente soluble en el agua, que no produce los trastornos digestivos ni el olor aliáceo del aliento, tantas veces observados después de la administración de otros compuestos de la misma clase; que no provoca nunca albuminuria, ni la agrava en caso de existir anteriormente, y que aumenta de un modo notable el número total de glóbulos rojos y la cantidad de oxihemoglobina contenida en cada uno de ellos.

La sal férrica del ácido cacodílico puede administrarse por vía hipodérmica en dosis diaria de 3 á 10 centímetros cúbicos de la solución al 3 por 100, ó por vía gástrica (5 á 30 centígramos en solución acuosa, para tomar en veinticuatro horas, divididos en tres ó cuatro fracciones).

Para inyecciones subcutáneas, conviene no emplear más disoluciones que las al 3 por 100, pues otras más concentradas podrían producir induraciones dolorosas y persistentes en el punto de la inyección.

IV. **El salicilato de metilo en el reumatismo agudo.** — Al mismo Congreso internacional de Medicina comunica el Dr. M. Cosma (de Rumania) que ha hecho uso del salicilato de metilo al interior en varios casos de reumatismo agudo y subagudo, obteniendo resultados por lo menos tan satisfactorios, y en algunas ocasiones mucho más notables, que los que se alcanzan con el salicilato de sosa.

Las dosis diarias han oscilado entre 1 y 10 gramos, escogiendo la siguiente fórmula como modo de administración más preferible:

Salicilato de metilo.....	8	gramos.
Poción gomosa.....	150	—
Ron.....	25	—
Jarabe simple.....	25	—

Para tomar en veinticuatro horas.

El autor hace notar también la gran diferencia que existe entre la actividad tóxica del medicamento cuando se emplea, por vía subcutánea, en el hombre y en los animales; pues mientras estos últimos soportan, sin el menor trastorno, 1 gramo por kilogramo de su peso, en aquél se producen convulsiones clónicas en cuanto se inyectan 10 centígramos por igual proporción.

Por esta causa, Cosma prohibe la administración del salicilato de metilo en inyecciones hipodérmicas, limitándose tan sólo á su empleo por vía gástrica.

V. **Tratamiento del ozena por el ácido cítrico.**—Las propiedades desodorantes de este ácido son conocidas desde hace larga fecha, y han sido utilizadas por varios Profesores en la medicación de las úlceras gangrenosas, así como en todas aquellas enfermedades de la boca y faringe que se acompañaban de fetidez del aliento.

En 1899, el Dr. Hamm publicó en el *Muncherer Medicinische Wochenschrift* un largo artículo destinado á hacer constar los excelentes resultados obtenidos en multitud de casos de rinitis atrófica empleando insuflaciones de ácido cítrico mezclado con azúcar de leche á partes iguales. Estas insuflaciones se practicaban una vez al día, después de haber limpiado cuidadosamente las fosas nasales con objeto de desprender todas las costras, y desde la primera ó segunda aplicación el mal olor característico del ozena comenzaba á disminuír, hasta desaparecer por completo en muy breve plazo.

El éxito fué de igual modo satisfactorio en algunos enfermos que habían hecho uso de los remedios más generalizados y recomendados por la ciencia, sin obtener de ellos el más ligero alivio.

Ultimamente el Dr. Somers (*The Therapeutic Gazette*, 1900) ha hecho un detenido estudio crítico del procedimiento de Hamm, deduciendo de sus numerosos ensayos y repetidas experiencias, las siguientes conclusiones:

1.ª Que la mezcla de ácido cítrico pulverizado y azúcar de leche, á partes iguales, resulta demasiado irritante, por cuya razón debe ser sustituída por otra compuesta de 25 partes de ácido y 75 de un polvo inerte cualquiera, pero practicando tres insuflaciones diarias en vez de una.

2.ª Que cada insuflación ha de ir precedida de un copioso lavado de las fosas nasales con solución acuosa de bicarbonato sódico, para remover y desprender las costras, al que seguirá una irrigación de agua oxigenada.

3.ª Que de esta manera el resultado es positivo é inmediato, pues la fetidez del ozena desaparece siempre en tanto se prolonga la medicación.

4.ª Que como no cura la lesión determinante del proceso morboso, el mal olor vuelve á presentarse á los pocos días de haber suspendido el tratamiento; pero usándolo de un modo intermitente y con cortos intervalos, puede llegar á evitarse por completo tan molesto trastorno.

5.ª Que al hacer la insuflación, es preciso procurar que el polvo no llegue á la faringe ó laringe, pues las irrita fuertemente, provocando espasmos de la glotis, paroxismos de tos convulsiva y accesos de sofocación.

VI. **Valor del itrol como antiséptico en cirugía.** — El itrol es un citrato de plata que conserva todos los efectos eminentemente bactericidas del nitrato y del cloruro argéntico, sin poseer la acción tópica irritante ni la exagerada toxicidad de estas últimas sales.

Se presenta en forma de polvo blanco muy ligero, inalterable, inodoro y casi insípido; se conserva indefinidamente en frascos de vidrio de color obscuro y se disuelve en 1380 partes de agua fría, sin que la referida disolución acuosa se descomponga ni precipite por el reposo.

Aplicado en polvo ó disuelto en agua al 1 por 4000, sobre las mucosas de epitelium muy fino, úlceras, heridas, quemaduras, excoriaciones cutáneas, etc., etc., no produce dolor ni escozor acentuado,

pero destruye á los diez minutos de contacto toda clase de microbios fisíparos.

El Dr. Credé, que viene experimentando este producto desde 1896 en su clientela particular y en la Clínica quirúrgica del Hospital Carola, de Dresde, ha reunido multitud de observaciones de traumatismos abiertos, infectados ó no, accidentales ú operatorios, tratados con el polvo, el ungüento ó la solución de itrol, según su naturaleza. En ninguno de ellos pudo comprobar el menor indicio de trastornos locales ni generales, y todos evolucionaron rápidamente hacia la curación, sin pus y sin complicaciones consecutivas de origen infeccioso.

Recientemente el Dr. Meyer ha publicado en la *Deutschen militararztlichen Zeitschrift* el resultado de los ensayos de cura seca con itrol verificados en la Marina de guerra alemana durante la expedición á China. El tratamiento se redujo á extraer las esquirlas óseas completamente desprendidas del periostio, en caso de haberlas, así como toda clase de cuerpos extraños fácilmente accesibles, rellenar después la solución de continuidad con el polvo de citrato de plata ya mencionado, cubrirla en seguida con un apósito antiséptico de algodón y gasa é inmovilizar, por último, todo lo posible las partes enfermas.

De esta manera fueron tratados: el comandante Lans, que presentaba una herida por casco de granada en la parte inferior de la pierna izquierda, cerca del tobillo, con gran dislaceración de los tejidos blandos y fractura conminuta de la tibia; un reporter del *Ostasiatischen Lloyds*, con fractura de las dos primeras costillas y herida del pulmón, pues había expectoración sanguinolenta y salida de aire por la abertura cutánea durante el segundo tiempo respiratorio; un marinero con herida penetrante de pecho y lesión pulmonar; otro con lesión de las partes blandas del antebrazo por bala de fusil y otro con separación completa de los tejidos que cubren los cartílagos costales de la segunda y tercera costillas del lado izquierdo.

El éxito fué satisfactorio en todos estos casos, pues nunca hubo reacción febril ni inflamatoria y las heridas siguieron un curso rápido y aséptico, sin formación de pus ni accidentes consecutivos de ninguna clase.

Cuando se trata de traumatismos dislacerantes, que no cicatrizan nunca por primera intención, Credé aconseja, además de las prácticas generales de asepsia quirúrgica, lavar las soluciones de conti-

nuidad con una solución de itrol al 1 por 4000 y cubrirlas después en toda su extensión con una delgada capa del mismo producto en polvo muy fino. Si sólo se trata de heridas incisas ó contusas cuyos bordes han de suturarse, basta con practicar un minucioso lavado de la superficie cruenta, empleando para ello la solución antiséptica ya mencionada y cubrir la sutura con el medicamento en polvo ó con una mezcla de éste y vaselina en la proporción de 1 por 50.

VII. **Arsenio-citrato de hierro amoniacal.** — Cristaliza en láminas verdosas muy fácilmente solubles en el agua, que contienen 1'40 por 100 de ácido arsenioso y 15'18 de hierro metálico.

Walvassori-Peroni considera este nuevo compuesto arsenical como un precioso antiperiódico que puede administrarse por vía subcutánea, sobre todo en los niños, sin producir accidentes locales ni generales de ningún género y con resultados positivos y constantes hasta en los enfermos que resisten á la acción de la quinina.

La fórmula aconsejada por este Profesor es como sigue:

Arsenio-citrato de hierro amoniacal... ..	35 centígramos.
Agua destilada hervida.....	10 gramos.

Para inyectar cada dos ó tres días un centímetro cúbico, que contiene 35 miligramos de principio activo, equivalente á medio miligramo de ácido arsenioso.

VIII. **Tratamientos de la tuberculosis pulmonar y laríngea presentados al último Congreso internacional de Medicina.** — El Dr. Lacroix (de París) recomienda mucho las inhalaciones de mentol, bromoformo y formaldehído, preparadas haciendo pasar una corriente de aire por una mezcla de los referidos cuerpos, previamente calentados en vaso cerrado.

En el laboratorio se ha podido demostrar que dichos vapores esterilizan el pus y destruyen la virulencia del bacilo de Koch, mientras en la clínica se han observado siempre pronunciados alivios, coincidiendo con una favorable modificación de las lesiones descubiertas por el laringoscopio.

Esta forma especial de tratamiento estaría indicada principalmente en los primeros períodos de la tuberculosis, cuando sólo se trata de lesiones superficiales, ó en los casos que adquieren una marcha muy crónica.

Weill y Diamantberger consideran preferible la galacolización intensiva que vienen practicando desde hace once años, valiéndose para ello del galacol sintético, obtenido en forma de cristales prismáticos de absoluta pureza.

Dicho procedimiento, empleado hasta la fecha con éxito satisfactorio en más de 500 enfermos tuberculosos, consiste en lo siguiente:

1.° Inyección hipodérmica diaria con un centímetro cúbico de una solución compuesta de

Gaiacol cristalizado.....	10 gramos.
Aceite de almendras dulces esterilizado...	10 —
Clorhidrato de cocaína.....	20 centígramos.

2.° Fricciones todas las tardes con la misma solución sobre la piel del tórax, en una extensión de 8 á 10 centímetros cuadrados.

3.° Un enema compuesto de 100 gramos de leche tibia y 40 á 50 gotas de la mezcla oleosa antes indicada.

4.° Cada tres ó cuatro horas una píldora que contenga:

Gaiacol cristalizado.....	1 centígramo.
Terpina	2 —
Acido benzoico.....	8 —
Extracto de belladona.....	1 miligramo.

Savoire prefiere las grandes dosis de creosota (8, 10 y hasta 15 gramos diarios durante varios meses), con las que dice haber tratado muy cerca de 300 casos sin observar trastornos consecutivos, y obteniendo, por el contrario, notables mejorías. Noskowski emplea el ácido sulfhídrico administrado en inhalaciones por medio de un aparato inventado por el mismo Profesor; Berthier hace uso de las aguas sulfurosas naturales en forma de duchas á temperatura de 35° y de un minuto de duración, seguidas de otras más frías y más breves (28 á 25° durante dos á cuatro segundos), y Angiulli (de Nápoles) se muestra, en fin, decidido partidario de las inyecciones hipodérmicas de fosfato de cal, á las que añade también, en determinadas circunstancias, inhalaciones de óxido de la misma base finamente pulverizado, repetidas varias veces al día, según la tolerancia de los enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

POR

DON ANTONIO MARTÍN AYUSO

Ex-médico del Hospital provincial de Navarra.

La tuberculosis y su tratamiento en los Sanatorios; Estudio médico-social, por el Dr. B. v. Fetzer, traducido del alemán por D. Ruperto Aguirre, con un prólogo de D. Antonio Espina.

En un folleto de 105 páginas ha resumido el Dr. Fetzer todo lo más importante que se ha escrito y tratado en Congresos internacionales contra la tuberculosis, sobre la profilaxia de esta destructora enfermedad y sobre los resultados obtenidos en su tratamiento en los Sanatorios.

Con razón denomina el autor su librito *Estudio médico-social*, pues si bien es de interés para los médicos, lo es aún más para los sociólogos, hombres de Estado y para el público en general; es, ante todo, como el Dr. Espina dice en el Prólogo, un excelente trabajo de vulgarización, obra altamente meritoria, pues si bien la mayor parte de lo expuesto en el trabajo del Dr. Fetzer consta en las actas del último Congreso de Berlín contra la tuberculosis, esta clase de trabajos científicos no transciende al público en general, y debiendo, para ser eficaz, la defensa contra la tuberculosis ser obra de todos los elementos sociales, es de indispensable necesidad que las adquisiciones del progreso científico, consagradas en forma de preceptos de higiene pública, lleguen á conocimiento de todo el mundo, y esta alta misión popularizadora, que ha de ser muy eficaz en el porvenir, es el transcendental objeto que se ha propuesto el Dr. Fetzer al publicar su concienzudo trabajo.

Aunque la institución de *Sanatorios populares para tuberculosos* es muy reciente y casi exclusivamente alemana, gracias al admirable impulso socialista de dicho Estado, á su no menos admirable organización social y médica, á la gran cultura del país y á la acertadísima organización de Asociaciones como la *Sociedad de Seguros Hanseática, de socorros por edad é invalidez para el trabajo*, es ya posible formar un juicio sobre la importancia de estos institutos benéficos (que ya á fines del año último eran 21 en el Imperio), juicio que, aunque provisional, como lo considera el autor, es altamente

consolador, pues con el tratamiento en Sanatorios, se consigue un número importante de curaciones y otro mayor de recuperación de aptitud para el trabajo. Los datos estadísticos que el autor aporta, tomados de la *Sociedad de Seguros Hanseática* y de la *Dirección de Sanidad del Imperio alemán*, son muy dignos de estudio para el médico y para el sociólogo.

A pesar de resultados tan lisonjeros, el Dr. Fetzer, con muy recto juicio, no cree que con la multiplicación y mejor organización de Sanatorios especiales se logre librar á la humanidad de la tuberculosis, pero confía, con razón, en que en un porvenir más ó menos remoto, y de consuno con los Sanatorios, los progresos de las leyes sociales, los beneficios del bienestar general repartidos más equitativamente entre las clases proletarias y todos los medios de buena profilaxia y de higiene pública por él concienzudamente resumidos, acabarán con el mayor azote de la humanidad.

La íntima amistad que nos une con el prologuista y el traductor, nos impide juzgar sus respectivos trabajos.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del dia 4 de Marzo de 1901.

Un diagnóstico de cáncer del estómago.—El Dr. González Campo : La enferma de que voy á ocuparme pertenece á la clientela de un distinguido cirujano que me pidió ayuda para que analizara el jugo gástrico.

Trátase de una mujer de cuarenta y tantos años, que, sin antecedentes patológicos hereditarios ni personales relacionados con la enfermedad actual, empezó á padecer tres ó cuatro meses ha del aparato digestivo. Comenzó teniendo inapetencia, repugnancia marcada para las carnes y las grasas, dolor gástrico casi continuo, que solo se influenciaba ligeramente por la ingestión de alimentos, exacerbándose poco después de ella, y que disminuía con el decúbito supino ; estado nauseoso permanente y algún vómito alimenticio ó bilioso á horas distintas, sin relación con los períodos digestivos ; varias pequeñas hematemesis negras ; alternativas de estreñimiento y diarrea ; enflaquecimiento grande y demudación del semblante á los menores esfuerzos. Lengua apenas saburrosa y pulso frecuente y débil.

Por exploración se advierte retraído el epigastrio y, en general, todo el abdomen ; color de la piel entre terroso y pajizo, y un tumor en los tercios superior y medio de la línea xifo-umbilical, superficial y del volumen de una naranja grande. Las dimensiones del estómago parecen ser normales y no hay gorgoteo. Infartos ganglionales, leñosos, inguinales y supra-claviculares.

La enferma tomó el almuerzo de prueba de Ewald, el día 31 del último enero, el cual se extrajo una hora y cuarto después de ingerido (quince minutos más tarde de lo acostumbrado por causa involuntaria), dando la análisis el siguiente resultado :

Cantidad, 14 gramos.

Olor normal.

Color verdoso.

Filtración muy lenta.

Sedimentos escasísimos.

Acidez intensa al tornasol y al rojo del Congo.

Acidez total, 64 por 100.

ClH libre no existe, según revelan la fluoroglucina, la tropeolina y el reactivo de Boas.

Existe acido láctico demostrado por la reacción de Uffelman.

Mucina coagulable por el ácido acético.

Pigmentos biliares existen por ser positiva la reacción de Pettenkofer.

Acidos biliares demostrados por la reacción de Gmelin.

Digestión de amiláceos : bastante buena, por existir eritrodextrina.

Digestión de albuminoideos : imperfecta, por ser poco pronunciada la reacción del biureto.

Con estos elementos, mi opinión fué acorde con la del cirujano en cuyas manos estaba la enferma, no titubeando en afirmar que se trataba de un cáncer gástrico que no interesaba la vecindad del píloro por no haberse producido dilatación, según demostraban la falta de aumento de la característica sonoridad á la percusión auscultada, la falta de materiales alimenticios retenidos en el almuerzo de prueba, la pequeña cantidad de líquido extraído y lo escaso que éste era en sedimentos, así como la presencia en él de pigmentos y ácidos biliares, reveladora de fácil comunicación gastro-duodenal.

La inapetencia, y de ella el carácter especial de ocasionar repugnancia las carnes, la falta de ClH libre, la presencia del láctico que, por la reacción de Uffelman resultó tan característico á pesar de no existir retención, bastando para que se produjera la sola falta del ClH ; y sobre todo, la presencia del tumor y de la generalización por vía linfática, nos daban hecho el diagnóstico de cáncer gástrico.

En vista de lo expuesto se procedió por el aludido cirujano á la operación, incindiendo capa por capa los tejidos en la línea media, hasta penetrar en la cavidad peritoneal ; ya en ella se cogió el estómago, encontrándole perfectamente normal á la vista y al tacto minucioso, salvo una ligerísima inyección vascular de su serosa.

Echado á un lado este órgano, pudo apreciarse que el tumor existía, pero á mayor profundidad de la que parecía, radicando en la cabeza del páncreas.

En este cáncer pancreático se daba la particularidad de que no hubo icte-

ricia ni dilatación de la vesícula biliar, que vimos normal en el acto de la operación. Sin duda el caso era de aquellos, raros, en que el colédoco no atraviesa la cabeza del páncreas, sino que la contornea, no sufriendo, por lo tanto, compresión que obstruyese su luz.

No se me ocurre que hubiésemos podido aclarar las dudas á tiempo, sino sólo mediante dos procedimientos: la insuflación ó la repleción con agua del estómago; de esta suerte, interpuesto el gas ó el líquido entre las paredes del órgano, hubiésemos podido notar que el tumor se alejaba de la pared epigástrica, como hundiéndose en la cavidad ventral; pero ni aun este dato sencillo y fácil de adquirir nos hubiese puesto en el camino de la verdad, porque si se tratara de una neoplasia de la pared gástrica posterior, las cosas hubiesen sucedido como siendo del páncreas.

Además, la falta de síntomas de cáncer pancreático, por ausencia de los citados, nos hizo proceder sin acordarnos siquiera de la existencia de tal glándula.

Ahora, *a posteriori*, podemos darnos otra explicación de los síntomas, admitiendo que por ser pancreática la neoplasia, no se influenciaba gran cosa el dolor por la ingestión ni por el vómito; que se aliviaba en el decúbito supino, porque en éste descansaba el tumor sobre la columna vertebral, no produciendo los estiramientos que en la posición vertical; y que la falta de ClH estribaba en la caquexia y acaso en la existencia de catarro gástrico, engendrado por los trastornos circulatorios de compresión que indudablemente eran los determinantes de las hematemesis, ya que no pudo verse en el estómago nada patológico más que la ligera inyección vascular de que queda hecho mérito.

Vemos una vez más que es sumamente difícil diagnosticar con seguridad el cáncer gástrico, y que en todos los casos debemos apelar á todos cuantos elementos estén á nuestro alcance para establecer el diagnóstico.

El Dr. Ortega: El caso es muy curioso; dice muy bien el Dr. González que la hematemesis no indica sólo el cáncer. Dada la naturaleza del caso, y esto es un reparo *a posteriori*, se debió hacer un análisis de la orina, porque en este caso tal vez se hubieran puesto en camino del diagnóstico con casi seguridad de que estaba en el páncreas por haber encontrado glicosa. No creo que la vesícula biliar se dilate por compresión del páncreas sobre el colédoco, y creo que le influencia más si el tumor es cístico. Debió también hacerse la dilatación por los gases.

El Dr. Yagüe: Aplaudo la sinceridad del Dr. González Campo, al exponer un error de diagnóstico. Examinando el caso motivo de la comunicación, juzgo poco tiempo para cáncer gástrico el de tres meses en que evolucionó la dolencia, y, de haberlo sido, habría que pensar en un período anterior latente ó inobservado. Creo que fuera del sitio del tumor no hay en este caso ningún dato característico para afirmar el origen gástrico, y de los que proporciona el examen del quimismo gástrico, el de más valor, aunque no el que pretendía Boas, de existencia de ácido láctico, lo invalida casi el haberse obtenido con la comida de Ewald, capaz, de originarle, por el pan, por lo que está preceptuado no emplearla en este caso. Opino que el examen de la motilidad, movilidad y absorción del estómago, además de la insuflación, hubieran podido proporcionar con la gastroscopia (ya que el registro

esfigmográfico que Queirolo emplea no sé que haya sido usado en España) datos suficientes para la determinación más exacta del sitio, siempre necesaria, y más cuando un cirujano acude como más experto á un médico por sus conocimientos especiales.

No tiene valor, sino muy limitado, la existencia de glicosuria en la orina para el diagnóstico de los afectos pancreáticos; le tiene mayor, por lo que ruego me diga si se hizo la determinación de la estearrea por el examen de las heces fecales.

Por estar en revisión para constitución definitiva, creo hubiera sido útil el examen de la sangre y la determinación de sus lesiones.

Y, por último, de todo ello, se deduce una conclusión, quizás la de más valor, la de que es siempre necesario emplear por el clínico cuantos medios diagnósticos se practican, para hacer menos posible el error.

Termino felicitando al Dr. Campos por la exposición del caso.

El Dr. González Campo: Comienzo diciendo al Dr. Ortega que afirmaba que se debió hacer la dilatación por el gas, que no se hizo, y de paso declara que prefiere á tal procedimiento el de la dilatación hecha por el agua, pues se puede apreciar perfectamente la capacidad del estómago. El análisis de la orina hubiera revelado ó no la glicosuria porque no siempre, en todos los cancerosos del páncreas se presenta el azúcar en la orina. En cuanto á la dilatación de la vesícula no es frecuente cuando la compresión es discontinua, pero se observa en la continua.

Al Dr. Yagüe diré que la enferma refería sus primeras molestias á tres meses antes, y nosotros no podemos referirnos más que á los datos que la enferma nos daba. Dice también que no había nada característico para diagnosticar cáncer del estómago, pues cree que si en el caso expuesto no existía nada característico, jamás podría hacerse el diagnóstico. Sabe que tiene poco valor la presencia del ácido láctico, pero la tiene cuando se une á la falta de ácido clorhídrico. El pan produce el ácido láctico, pero en tan poca cantidad que muchas veces el reactivo no le revela.

El Dr. Forns: En el caso referido por el Dr. González del Campo, el diagnóstico no ha podido estar más sólidamente fundado, y creo que todos los señores Académicos aquí presentes hubiesen hecho lo mismo. La conducta del Dr. González del Campo al exponernos este error de diagnóstico merece nuestro aplauso, y todos debiéramos, en igualdad de circunstancias, seguir su ejemplo, pues sabido es que muchas veces estos casos resultan tanto ó más instructivos que en los de diagnóstico exacto. Decía el hábil cirujano Lawson Tait—cuyas operaciones por tumores en el vientre se cuentan por millares—que él los diagnosticaba muy bien, pues que sólo se equivocaba el 40 por 100 de las veces, y si así se expresa operador tan eminente, ya comprenderán los señores Académicos cuánta no será la dificultad de diagnosticar bien estos tumores.

De la apendicitis.—El Dr. Valle y Aldabalde: Las corrientes modernas llevan más por el lado del tratamiento quirúrgico que por el del médico, pero es lo cierto que hay bastantes casos de apendicitis que no llegan á poder del cirujano porque se han curado con sólo un tratamiento médico. Los cirujanos hablan de los casos que ven, pero no pueden hablar de los que no han podido ver, porque no han necesitado su intervención. En cambio, tienen

mucha razón en quejarse de que algunos casos se los entregamos los médicos demasiado tarde; pero esto tiene su explicación, y en determinados casos hasta su justificación.

En efecto, el diagnóstico de la apendicitis no es tan fácil como parece, y, sobre todo, lo que es aún más difícil es establecer el pronóstico de la misma en cada caso particular. El dolor no en todos los casos se presenta en el famoso punto de Mac-Burney; la pastosidad, cuyo origen aún no se conoce por completo, tampoco se aprecia siempre en todos sus caracteres, y como estos sólo se pueden distinguir bien con el aprendizaje clínico y hay muchos médicos que solo han visto cortísimo número de casos de este género, de aquí repito, que el diagnóstico de la apendicitis, y sobre todo el de las particularidades de la misma en cada caso, sea bastante difícil en muchas ocasiones.

Por otra parte la causa de que algunos enfermos de apendicitis pasen demasiado tarde á manos del cirujano, depende de los mismos interesados ó de su familia. Cuando un sujeto ha padecido dos ó más ataques de apendicitis, si estos han sido graves, acaso se deje operar en un tercero; pero si no han sido de gran importancia es difícil convencer al enfermo de que los medios que han servido en las otras ocasiones podrán acaso ser inútiles en la del momento. En estos casos, cuando el enfermo se deja convencer casi siempre es tarde.

Lo que sí convendría precisar en esta discusión es hasta qué punto las exigencias de la antisepsia y de la asepsia obligan á sacar á un enfermo de apendicitis de su casa para trasladarle á un Hospital, siendo así que todos estamos conformes en que los movimientos son sumamente perjudiciales á esta clase de enfermos, y que por otra parte con algo de buena voluntad se pueden adoptar las precauciones antisépticas más rigurosas en las mismas casas particulares, excepto en condiciones muy excepcionales de penuria y de abandono.

Para terminar haré mérito de los dos últimos casos de apendicitis en que he tenido que intervenir. En el primero, al que aludió el señor Presidente en la sesión pasada, el caso empezó por dolor en la fosa ilíaca derecha, náuseas y vómitos: se le dió el opio y se apeló á los enemas, que vaciaron el intestino, con lo cual comenzó á disminuir la fiebre, el dolor se fué calmando, la lengua se puso más limpia y el pulso se hizo menos frecuente. Pero esta situación duró poco tiempo, porque volvieron á acentuarse los síntomas y se marcó la pastosidad. Entonces se propuso la operación, pero tanto por esperar á personas de la familia de la enferma, como por haber tenido ésta otros ataques que habían curado con tratamiento médico, quisieron aplazar el acto quirúrgico y cuando este se realizó ya era tarde,

El otro caso le ví en consulta. Solo llevaba dos días de enfermedad, declarada al menos. En este caso fué imposible reconocer el vientre por lo tensas que estaban sus paredes y lo doloroso que era el menor contacto. La consulta fué á las once de la noche y se dispuso hielo al vientre é inyecciones hipodérmicas de morfina, advirtiendo á la familia que si á la mañana no mejoraba la situación (como era casi seguro) habría que operar. Así sucedió. La operación se practicó con éxito en San Carlos, pero aunque en este caso se llegó á tiempo, el enfermo se murió á los siete días por haber cometido

graves trasgresiones higiénicas, tanto en el régimen alimenticio como en otros conceptos.

El Dr. Bravo (D. Antonio): El asunto que se debate es importantísimo de pasado, de presente y de porvenir, y creo que todavía falta algo para que se llegue á la unanimidad en el modo de pensar, que interesa por igual al médico y al enfermo. Es preciso que la apendicitis se discuta mucho más, que se alleguen más datos, y al fin, creo que habría que resolver la cuestión en favor de la intervención quirúrgica.

La etiología, la patogenia y todo lo referente á la apendicitis se ha hecho en muy poco tiempo: no hay más que ver el acta de la autopsia de Gambetta, desde cuya época se va avanzado en su estudio, y de qué manera más positiva se han ido adquiriendo materiales para la intervención. El que ha visto apendicitis y ha operado, debe decir lo que ha visto para ilustrarnos.

El Dr. Valle hablaba de las dificultades de diagnóstico en algunos casos por no sentirse focos de supuración á la palpación, y estos son los más graves precisamente. Yo puedo agrupar los enfermos que he visto en dos secciones; una de los que tienen fenómenos de foco de supuración y otra de los que no dan ningun síntoma, y en los cuales, señores, es más grave la infección general.

Citaré un caso en el que apenas había fenómenos de foco en supuración, y al operar me encontré con un gran saco, en el fondo del cual había una cosa dura que era el apéndice supurado que resequé con el termo. Otro individuo entró en la Sala, enfermo de veinte días antes y diagnosticado de fiebre tifoidea: presenta clara y evidente fluctuación de un gran absceso, fiebre, lengua muy saburrosa, etc. Abro aquella colección de pus que era una cloaca enquistada, se lavó, se desagüó, se cierra y se cura: el enfermo mejoró durante diez días, y en una de las curas se vió una secreción de materias estercoráceas, que me obligó á practicar de nuevo una laparotomía, encontrando en el fondo del ciego una ulceración que exigió el refrescamiento de sus bordes, y una doble sutura, que dió fin á la salida de materias estercorales, y terminó la curación de este desgraciado enfermo.

Otro enfermo vino diagnosticado de apendicitis, con fiebse alta, dolor en la fosa ilíaca, pero sin fluctuación, vómitos verdes, dolores en el vientre, malestar general y pulso á 125; me limité á ponerle tópicos timolados calientes. Por la tarde estaba mucho peor, comprendí que se trataba de una apendicitis de las más graves y le hice la abertura ilíaca. Al llegar al peritoneo salió una cantidad de pus como de unas tres cucharadas, ví el peritoneo rojo, los intestinos conglutinados. No obstante todo esto el enfermo siguió vomitando, con dolores de vientre y al cabo de dos ó tres días comenzó á mejorar, y al fin se curó.

Otro enfermo visto por un compañero empezó con las generales de la ley, al principio se creyó que era un cólico y con un purgante mejoró y á los tres días todo disminuyó menos la frecuencia del pulso; á los cinco días vuelve la fiebre, un dolor agudísimo se presenta en la fosa ilíaca, la cara se descompone, hay vómitos biliares y no se encontraba ni pastosidad, ni dureza, en la foca ilíaca. Diagnostiqué apendicitis con perforación del apéndice y con septicemia y creo que no hay más recurso que intervenir. Vamos á la operación por la noche y al llegar al peritoneo sale un pus de malas condi-

ciones y en corta cantidad, los intestinos los veo rojos é inflamados, y no hay más. Lavo, curo y á las tres ó cuatro horas se muere el enfermo.

De estos casos clínicos puede deducirse que en las apendicitis, en que la infección es local y traducida por un absceso ó una zona de induración aunque enquistada, debe intervenirse pronto para evitar los peligros de la generalización peritoneal y las lesiones del ciego, etc., etc.

En las apendicitis en que no existen más fenómenos locales que el dolor en la fosa ilíaca, pero en que los signos de infección general son evidentes, la intervención rápida es más urgente que en las formas anteriores.

Dr. Eduardo Toledo.

PERIÓDICOS

Sobre el pronóstico en las artritis blenorrágicas.—En la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, publica el Dr. Verdes Montenegro el caso siguiente:

Joven de veintitrés años, sin antecedentes patológicos, padecía una blenorragia que atribuía á una causa banal. Examinó el pus al microscopio y halló en él abundantes gonococos, de los cuales hizo cultivo, en vista de lo cual se creyó en el caso de manifestarle, por lo que pudiera influir en su conducta, que la causa de su enfermedad no debía ser tan banal como él se figuraba. Este *optimismo* de los blenorrágicos, constituyen un hecho singular, acerca del cual llama la atención de los especialistas.

El enfermo se había sometido á tratamiento, empleando la argonina. Unos días después, celebró una consulta con el médico que asistía á este enfermo. Le halló postrado en el lecho, con una artritis de la articulación tibio-tarsiana izquierda; le refirió que hacía unos días (el doce de la blenorragia) bajando la escalera había sentido un violento dolor en la articulación; el dolor se calmó espontáneamente, permitiéndole andar durante dos días, y al tercero se había exacerbado de nuevo, obligándole á hacer cama. El menor movimiento le producía grandes sufrimientos; la piel de la parte interna de la articulación estaba enrojecida y ligeramente edematosa; en fin, la artritis parecía corresponder al tipo flegmonoso de la clasificación de Kœnig.

En su opinión, se trataba de una artritis *gonocócica* y el mejor tratamiento le parecía al Dr. Montenegro el del enyesado de la parte. El Profesor encargado de la asistencia del enfermo, opinaba también que la artritis era blenorrágica, y que había pensado enyesar la articulación cuando cediesen un tanto los fenómenos inflamatorios locales.

Cinco ó seis días después (el nueve ó diez de la artritis), el enfermo se había agravado de pronto y su médico estaba ausente: fué inmediatamente á verle, y por pronto que acudió llegó tarde; acababa de fallecer. Había pasado bien toda la mañana, hablando con sus amigos, y cuando éstos se marcharon, los criados le trasladaron á un sillón para remover la cama, hecho lo cual le acostaron de nuevo. Apenas en el lecho, sintió como una punza-

da en la región precordial, una fatiga súbita é irresistible, una angustia extraordinaria, las venas de su cuello se ingurgitaron, su semblante se puso lívido, respiró ansiosamente, se llevó las manos al pecho como si quisiera arrancar algo que le oprimiera, y al cabo de un cuarto de hora de sufrimiento, expiró.

Este horrible cuadro le hizo pensar en una embolia de la arteria pulmonar: es un cuadro que se ve algunas veces producirse en los enfermos atacados de várices cuando un coágulo se desprende, y que han descrito admirablemente Aufrecht, ocupándose de los infartos pulmonares y Jürgensen al hablar de las causas de rápida asistolia. No hubo, desgraciadamente, autopsia que confirmase esta suposición; pero la personalidad clínica de este conjunto sintomático, es bastante acentuada para que pueda aceptarse que la muerte fué en este caso producida por haber obstruído rápidamente la circulación pulmonar algo, indudablemente desprendido del foco patológico, un coágulo acaso producido por una flebitis.

Desde entonces, ha leído dice el Dr. Montenegro con especial interés cuanto ha encontrado en las Revistas acerca de las artritis blenorrágicas, y le ha sorprendido que el pronóstico, siempre grave, se establezca solamente *quo ad funcionem*, como si la vida del paciente no corriese el menor riesgo. El Dr. Martínez Angel, á quien hizo relación de este caso, lo encontró notable y digno de ser publicado. Parece demostrar, en efecto, que la vida corre importantes peligros en el curso de las artritis blenorrágicas, y justifica que los especialistas de las vías urinarias, hagan, según quiere el doctor Suárez de Mendoza, todo lo posible por librar cuanto antes de la uretritis á los enfermos.

Un caso de cirugía abdominal.—El *Boletín Médico-Escolar*, de Granada, publica el siguiente caso clínico operado por el Dr. D. José Ribera y Sans, de Madrid, y es autor de esta descripción D. Francisco Mesa Moles:

N. N., de veintiocho años, ha tenido cuatro hijos, cuyos partos se han tramitado en condiciones favorables y confiesa haber gozado de buena salud, hasta hace tres meses, que sufrió un vómito de sangre. Refiere que antes de esto sentía dolores de estómago, á los que no dió importancia, y que en el vómito arrojaría dos cuartillos de sangre, según expresión de su familia, pues la enferma perdió el conocimiento. Después de este accidente, permaneció en cama ocho días, y se hubiera creído buena si los dolores de estómago no se hubieran acentuado, haciéndose sumamente penosos, sobre todo, después de las comidas. La palpación abdominal reveló un tumor del volumen de una naranja, situado en el epigastrio.

Las deposiciones después del vómito fueron negras durante algunos días, y esto ocurría de vez en cuando.

La hematemesis y tumoración y dolor epigástricos, son los principales síntomas del cáncer del estómago, así como la cifosis, abscesos por congestión y lesión medular, lo son del mal de Pott.

Aprovechando la estancia accidental del Dr. Ribera y Sans en Granada, fué invitado por el catedrático Dr. Pareja á operar esta enferma, y con la habilidad que le es peculiar, procedió á llevar á efecto aquel acto quirúrgico.

«No debía anunciarse, dice el Dr. Mesa Moles, que iba á hacer una pilorectomía. Son muchas las sorpresas de la cirugía abdominal. Cierto que le parecía un tumor del píloro, pero no tan maligno como pensaba el doctor Pareja; pudiera ser un adenoma. Y respecto á localización, nada tendría de particular que fuera de la cara inferior del hígado, que estuviera englobando el páncreas, que todo ello formara un solo tumor, y éste maligno. No es la primera vez que donde creyeron los cirujanos encontrar un tumor ó una colección purulenta, tropezaron con un aneurisma, y, al contrario, tomaron por aneurismas neoplasmas que transmitían los movimientos de las arterias normales. Vamos sabiendo algo de cirugía abdominal, pero todavía no sabemos bastante. En fin, ¿por qué no se ha de hacer una laparotomía diagnóstica? La indicación es racional. Según el juicio formado, la enferma sucumbirá á los progresos de su enfermedad. Haciendo la laparotomía diagnóstica, no tenemos peligros qué temer. Si es un asunto vadeable, se hace terapéutica. Si no....., pues no hemos perdido nada. No se debía, por tanto, anunciar ni pilorectomía con gastro-duodenorrafia, ni ninguna otra operación reglada. Sencillamente, una laparotomía exploradora con probabilidades de hacer la indicada operación».

El Dr. Ribera no realizó la incisión de la pared abdominal por capas, haciendo simultáneamente la hemostasia, un solo golpe de bisturí le condujo en un tiempo á la lámina posterior de la vaina del recto, empleando la sonda acanalada para completar la incisión. Esta fué en la línea media y su extensión 6 á 8 centímetros, después la prolongó dos veces con la tijera, siendo su punto de partida un poco por debajo del apéndice xifoides.

Sutura del peritoneo en pequeñas porciones, valiéndose de cordonete. Después incisión con la tijera.

Exploración del campo operatorio. Al proceder á esta parte de la operacion, notóse con sorpresa el latir de la tumoración. Eran los movimientos normales de esta arteria comunicados á la masa neoplásica. Por el reconocimiento hecho de la región operatoria, pudo verse que la zona enferma era extirpable, y por consiguiente, que la laparotomía diagnóstica debía ser terapéutica.

Se encontraban comprendidos en la lesión neoplásica: porción pilórica ó inferior del estómago, píloro, primera porción del duodeno y una pequeña parte de la segunda, con la cabeza, cuello y algo del cuerpo del páncreas. Para verificar la resección que el caso requería, se siguió la siguiente técnica: atracción hacia la herida de la extremidad inferior del estómago, dejando libre por arriba y por abajo la serosa peritoneal; ligadura doble del principio del segundo trozo del duodeno, incisión entre ambas ligaduras. De este modo, quedaba aislada la neoplasia por un lado. Después se le encomendó al ayudante, Dr. Pareja, el estómago, previa sección por la región pilórica, manteniéndolo por el sitio de la sección con los dedos índice y pulgar de la mano derecha, ya que la abertura no necesitaba por su relativa pequeñez de las dos manos. Por último, quedaba por hacer la extirpación del fragmento del páncreas, del que he hablado, para que fuera, según expresión del operador, unido al expediente. En este tiempo de la operación, dió muestras el Dr. Ribera de su habilidad y de su ciencia, pues en región en donde existen órganos tan dignos de respeto como la aorta, vena porta,

cava inferior, conducto colédoco, arteria esplénica, etc., incindió el páncreas de un solo golpe de bisturí, previa ligadura del conducto de Wirsung, sin que este corte diera como resultado ningún accidente digno de contarse.

«La enferma entró en período de colapso, y el Dr. Ribera espoleó su ya febril actividad para terminar cuanto antes la operación. No necesitaba del estímulo producido por el accidente, pues la ligereza en el operar es una de sus mejores condiciones de cirujano. Le oí decir á un amigo mío, zumbón y buena persona, que el Dr. Ribera era un caso notable de polidactilia. Tal es la multiplicación que sufren sus dedos, en cuanto coge el bisturí. Entre dos laparotomistas, dicen Forgue y Reclus, que operen las mismas lesiones, el éxito será del que, haciendo bien la operación, tarde menos tiempo».

Quedaba por hacer la gastroduodenorrafia y la sutura de la pared abdominal; la primera la hizo á la Lambert, con agujas Hagedorn y seda del 0. La segunda no pudo hacerse en tres planos. Había una indicación vital, salvar á la enferma, y la sutura fué á punto por encima y en un solo plano.

Compresas empapadas en agua caliente y aplicadas á la región operatoria. Inyecciones de suero artificial. Inyecciones de éter y cafeína. Respiración artificial, métodos Sylvester y Laborde. Inhalaciones de oxígeno. Aspersiones de agua fría al rostro. Tales fueron los cuidados que se prodigaron á la enferma para sacarla del colapso. Se puso el apósito, y la enferma fué trasladada á la Clínica. Botellas de agua caliente, cafeína, suero y éter, silencio y reposo. Más tarde pulso frecuentísimo..... en donde lo había, y muy débil. Hablaba algo. La cara como la nieve. Facies abdominal. Mal pronóstico. La enferma había tenido ligeras arcadas de una espuma, algo así como saliva, y según ella dijo, un vómito de la misma substancia. No le dolía nada. Quería descansar. Le aplicaron botellas calientes, y dijo que le quemaban las piernas; la temperatura era de 37°,1.

A las dos y media de la madrugada siguiente murió.

El examen micrográfico dió el siguiente resultado: «Examinada microscópicamente la pieza patológica extraída por el Dr. Ribera en la operación practicada el día 25 de enero, resultó que estaba constituída por un epitelioma típico en vías de formación, que radicaba principalmente en el tejido del páncreas».

La autopsia fué practicada del siguiente modo: Abierta la pared abdominal, hizo el Dr. Escribano una inyección de las arterias comprendidas en la región operatoria y no hubo escape de masa de inyección. Por disección de las arterias, pudo verse que estaban completas; las de alguna consideración (que fueron las que se disecaron), hepática, esplénica, coronaria, estomáquica, gastro-epiplóicas, etc. La coronaria estomáquica salía del tronco celiaco inmediatamente después de su nacimiento, y después daba las otras dos ramas terminales. La vena porta y otras de menos entidad que pudieron apreciarse, no sufrieron deterioro durante la operación. En la pelvis había una pequeña cantidad de sangre, venosa al parecer y mezclada con agua, sin duda procedente de las irrigaciones que se hicieron para limpiar el campo operatorio. También se encontraban normales los conductos biliares, cístico, hepático y colédoco. El páncreas sumamente desarrollado, casi doble de lo normal y con la sección limpia que le diera el operador. El conducto de Wirsung ligado, según he dicho al describir la operación. Estómago modelo

de tipos verticales, y la sutura tan bien hecha, que ni los líquidos ni los gases pudieron penetrarla; sólo tenía el fruncido necesario, á pesar de lo deprisa que se había hecho.

La operada no murió por infección. La causa de su muerte fué el colapso.

¿Había indicación de operarla? Sí. He aquí las razones en que funda el Dr. Mesa Moles esta afirmación: la pobre mujer estaba indefectiblemente condenada á morir; desde que tuvo el vómito arrastraba una vida miserable, llena de sufrimientos sin fin; si comía, el dolor se hacía más intenso; si dejaba de comer, la mataba la inanición. El neoplasma progresaba con rapidez extraordinaria; había llegado á su completo desarrollo, y á mi modo de ver, y por los antecedentes que de ella he recogido, se iniciaba el período de caquexia, á lo que tal vez contribuyera el hecho de que antes he hablado; pero es lo cierto que en plazo brevísimo la muerte daría fin á su martirio. Pues si no se opera, lo más fácil es que se muriera también. Se trata de una operación gravísima (sensiblemente 90 defunciones de cada 100 operados), muy laboriosa, muy expuesta, por tanto, á colapso. Luego si de la primera manera se mueren el 100 por 100, y de este modo se salvan 10, ¿quién nos dice que entre estos 10 agraciados no estaría nuestra enferma? — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 5 *de Marzo de* 1901.

Tratamiento de la lepra por la inyección subcutánea de aceite de chaulmoogra. — El Dr. Hallopeau: Los leprosos sometidos á un tratamiento enérgico por el aceite de chaulmoogra, pueden obtener tal mejoría, que parecen curados; presentan á menudo manifestaciones leprosas, pero benignas; mas en ciertos casos dichas manifestaciones son graves, á pesar de este tratamiento. Es probable que el medicamento referido ejerza una influencia favorable; esta influencia, si existe, es casi siempre insuficiente para contener los progresos de la enfermedad; no puede, en modo alguno, compararse con la del mercurio en la sífilis y la de la quinina en el paludismo. La introducción intramuscular es preferible en los enfermos que la toleran; suele ser dolorosa y susceptible de producir fiebre y embolias; convendría experimentar la vía rectal, y hacer un estudio comparado de los diversos productos que se venden en el comercio con el nombre de aceite de chaulmoogra.

El Dr. Du Castél: El tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de aceite de chaulmoogra tiene la ventaja de no fatigar el estómago y el incon-

veniente de ser doloroso; suele producir una dureza persistente, y es necesario á menudo suspenderlo. Ofrece, además, un peligro grave: la embolia pulmonar. Los enfermos, desde el punto de vista del tratamiento, deben dividirse en dos categorías, según que la lepra sea tuberculosa ó nerviosa. En el primer caso, la medicación puede ser eficaz; en el segundo lo es menos. Estas inyecciones, á causa del peligro que corren los enfermos, constituyen un tratamiento excepcional, reservado á los casos graves refractarios á los demás medios terapéuticos.

Resección de la rodilla en los tumores blancos supurados. — El *Dr. Delagenière*, fundándose en los trabajos de Ollier sobre la reconstitución de los huesos por el periostio y en el hecho anatómico de que las lesiones del tumor blanco de la rodilla son principalmente peri-articulares, ó están, por el contrario, localizadas en la médula ósea de la epífisis y de la diáfisis, practica en estos casos graves la socavación ósea completa, conservando sólo el cascarón óseo con el periostio. En ciertos casos, más graves aún, prolonga esta socavación á casi toda la diáfisis, que vacía como en la osteomielitis. Ha practicado dicha operación en 31 enfermos, de los que han curado definitivamente 28. Tres murieron; uno, de tuberculosis pulmonar, diez meses después de operado; otro, de meningitis tuberculosa, al año de la operación, y el otro es de suponer que haya muerto, porque se perdió de vista á los doce meses de operarse. El resultado funcional definitivo ha sido satisfactorio por completo.

Los lavatorios del estómago en las gastrorragias.— El Dr. Linossier: Soy partidario de los lavatorios del estómago en las hemorragias gástricas, y fundo mi opinión en dos observaciones:

La primera se refiere á una mujer de cuarenta y seis años, que padecía cáncer del estómago. El día que la ví por vez primera, su estado se agravó de repente: dolores gástricos agudísimos y continuos, hematemesis repetidas, imposibilidad de ingerir alimento alguno sin provocar inmediatamente dolores y vómitos, debilidad creciente. Después de tentativas inútiles para contener por los medios clásicos los vómitos que extenuaban á la enferma, me decidí á practicar el lavatorio, y extraje del estómago una gran cantidad de alimentos y de sangre negra. El resultado inmediato fué excelente; los dolores y los vómitos desaparecieron, y la enferma pudo tolerar leche helada. Al tercer día, la reproducción de los mismos fenómenos hizo preciso un nuevo lavatorio, cuyos resultados fueron idénticos á los del primero. Animado por este éxito, practiqué un lavatorio cotidiano; poco á poco la hemorragia se contuvo, la enferma fué alimentándose y recobrando fuerzas, y abandonó Vichy en bastante buen estado. Creo que sin los lavatorios hubiera muerto.

En el segundo caso se trataba de una mujer de setenta y un años con cáncer del píloro y dilatación enorme del estómago. Practiqué el lavatorio en condiciones análogas á las de la enferma anterior. Extraje con la sonda 4 litros de una masa negra muy fétida, en la que nadaban coágulos recientes de sangre roja. El resultado inmediato fué bastante bueno. Los dolores y los vómitos desaparecieron y la enferma pudo dormir y tomar algo de leche al día siguiente. Pocos días después se encontraba en disposición de soportar el viaje.

Estas observaciones me han convencido de que aun durante la hemorragia gástrica, el lavatorio del estómago puede ser más útil que el supuesto reposo del órgano. No es posible que este permanezca en reposo cuando no está vacío; contiene muchas veces alimentos, siempre sangre, que por ser substancia albuminosa, estimula la secreción gástrica; se halla más ó menos distendido, se contrae y suele ser sacudido por los esfuerzos de los vómitos, condiciones poco favorables para la formación de un coágulo sólido. Al contrario, después del lavatorio, el estómago vacío se contrae sobre sí mismo, entra en un período de reposo fisiológico verdadero, favorable para la formación de un coágulo. Objetivamente este fenómeno se traduce por la desaparición de los vómitos, de las náuseas y de los dolores. ¿Pero el lavatorio constituye un peligro y se corre el riesgo de desprender un coágulo en vías de formación ó de romper una pared vascular muy friable? Creo que se han exagerado mucho los trastornos que produce en el estómago el lavatorio bien hecho. Los fenómenos de reacción que provoca, son más alarmantes que peligrosos. Por parte del estómago, el único peligro proviene de los esfuerzos de los vómitos; pero es preciso tener en cuenta que el estómago es casi pasivo en el acto del vómito y que los vómitos producidos por la introducción del tubo son con seguridad menos graves para este órgano que los ocasionados por la hemorragia, porque los primeros son provocados por un reflejo de la faringe y los segundos por un reflejo de las paredes gástricas.

Estas consideraciones teóricas son corroboradas por la experiencia clínica. Las observaciones de Lucas-Championnière y las mías, demuestran que pueden obtenerse buenos resultados con el lavatorio del estómago en ciertas hemorragias gástricas. Bourget ha tratado 88 úlceras estomacales por los lavatorios cotidianos con una disolución de percloruro de hierro al 2 por 100, sin observar hemorragia alguna consecutiva á la operación. Hasta considera la aparición de una hematemesis como indicación formal del lavatorio inmediato.

Considero el lavatorio del estómago como medicación útil en ciertas hemorragias gástricas, pero no creo que sea completamente inofensivo. Se han observado casos de hematemesis que se presentaron por vez primera el día que se hizo el primer lavatorio. Estos casos son demasiado numerosos para considerarlos como coincidencia, pero cuando se trata de enfermos condenados, á falta de toda intervención, á una muerte segura, no hay que preguntar si un medio terapéutico es algo peligroso cuando ofrece probabilidades de salvación. Hay situaciones en las que la peor imprudencia es un exceso de prudencia.

El tetranitrato de eritrol (tetranitrol) y la medicación hipotensiva.—El doctor Huchard: La medicación hipotensiva es importantísima, no sólo en las enfermedades del corazón y de los vasos, sino también en muchos estados morbosos diversos, en los que la hipertensión arterial, que constituye un peligro, debe combatirse sin perder tiempo. Ocurre esto en las afecciones siguientes:

En el estado prodrómico de la arterio-esclerosis que, á falta de lesión vascular, se caracteriza por el aumento de la tensión arterial; en el período de arterio-esclerosis confirmada; en la angina de pecho coronaria y en una

categoría de dolores cardíacos debidos á la distensión del corazón por vaso-constricción periférica; en la uricemia, porque el ácido úrico es un vaso-constrictor periférico, lo que explica la frecuencia de las congestiones viscerales; en la gota, que es á las arterias lo que el reumatismo al corazón; en el nicotinismo, causas todas de vaso-constricción y de arterio-hipertensión consecutiva; en la nefritis intersticial, una de las enfermedades que elevan más la tensión arterial, causa de roturas vasculares, de hemorragias cerebrales; en el síncope local de las extremidades; en la enfermedad de Stokes-Adam; en los aneurismas; por último, después de la alimentación carnosa abundante, una de las causas más frecuentes de la arterio-esclerosis y de las cardiopatías arteriales. El régimen dietético de nuestros días, abundante en toxinas, es más bien un envenenamiento alimenticio continuo ó repetido.

La indicación terapéutica en estos casos consiste, no en dirigirse al centro circulatorio, más ó menos alterado en su fuerza contráctil, sino á la periferia, al sistema arterial cuya contracción conviene combatir sin cesar para aliviar y facilitar el trabajo del corazón.

Para los aneurismas repetiré lo que decía hace dos años: «Indudablemente la coagulación intra-aneurismática es el fin hacia el que deben dirigirse todos los esfuerzos de la terapéutica médica, y siempre se ha procurado conseguirla por los medios más diversos. Pero es preciso á la vez suprimir todas las causas capaces de retrasar y hasta de impedir esta coagulación y entre ellas la más activa y peligrosa á la vez es la hipertensión arterial que existe en algunos casos de aneurismas. Un aneurisma nunca está más expuesto á romperse que cuando existe á la vez arterio-esclerosis generalizada, ó accidentalmente nefritis intersticial, enfermedad en la que la tensión arterial llega al máximum».

Las cápsulas supra-renales segregan una substancia dotada de propiedades vaso-constrictoras enérgicas, y he visto un aneurisma adquirir de repente un desarrollo considerable en un enfermo que tomó durante quince días tres cápsulas diarias de extracto supra-renal.

El régimen alimenticio carnoso es una de las causas más frecuentes de la arterio-esclerosis. Por este motivo, en el tratamiento de los aneurismas debe llamar la atención, no sólo el *contenido*, es decir, la sangre que ha de coagularse, sino también el *continente*, es decir, la bolsa aneurismática cuya distensión sigue exactamente los progresos de la hipertensión arterial. La terapéutica necesita combatir ésta, si se quiere que los otros métodos curativos sean eficaces. En este caso, se imponen la alimentación lacto-vegetal y la medicación vaso-dilatadora é hipotensiva por los agentes terapéuticos de que hablaremos.

Los enfermos de angina de pecho coronaria, suelen presentar en el momento de un acceso doloroso un aumento brusco de la tensión arterial. A esto se debe el que las inhalaciones de nitrito de amilo corrijan en pocos momentos las crisis más angustiosas y más graves. Pero muchas veces la hipertensión arterial persiste también en los intervalos de los accesos, de modo que estos enfermos están siempre amenazados de ataques estenocárdicos. En este caso, se impone la medicación hipotensiva por la alimentación lacto-vegetal, por los ioduros, la trinitina, el tetranitrato de eritrol.

En ciertos casos, por ejemplo, cuando se trata de anginosos, es urgente disminuir la tensión arterial de un modo rápido, casi instantáneo. La indicación suele llenarse de una manera notable por las inhalaciones de nitrito de amilo. El éter nitroso del alcohol ordinario debería usarse más como dilatador y diurético. El nitrato de potasa, poco empleado hoy, obra en las enfermedades renales, no sólo como diurético, sino también como vaso-dilatador é hipotensor, porque se convierte en nitrito en el organismo.

La nitro-glicerina es de acción menos rápida y menos fugaz. Su acción principia á los pocos minutos y dura hora y media á lo sumo. Por consiguiente, prescribiendo cada dos horas tres gotas de la disolución al centésimo, puede obtenerse durante seis á siete horas del día y de la noche cierto descenso de la tensión arterial. Por desgracia, esta acción es poco duradera, y algunos enfermos no pueden tolerar ciertas dosis.

El problema terapéutico consiste, por lo tanto, en encontrar un medicamento vaso-dilatador é hipotensor capaz de mantener de una manera casi continua la tensión arterial en un grado casi normal. Desde hace varios años empleo el tetranitrato de eritrol (ó tetranitrol) como medicamento vaso-dilatador é hipotensor, y mis observaciones confirman las de los autores ingleses (Leech, Bradbury, Lauder-Brunton, Marshall, etc.). La acción de este medicamento tarda en manifestarse de quince á treinta minutos, y dura de tres á cinco horas, de modo que prescribiendo un centígramo cada tres ó cuatro horas y 6 por día, es posible mantener constantemente el descenso de la tensión arterial, sobre todo si se prescriben antes de tres á cuatro gotas de la disolución alcohólica de trinitrina al centésimo.

El tetranitrol se prescribe á la dosis de 1 á 8 centígramos por día, en comprimidos de á centígramo. La forma líquida es difícil de emplear, porque el medicamento es completamente insoluble en agua y poco soluble en alcohol. Su acción es vascular no cardíaca; sus efectos sobre el corazón son indirectos y consecutivos á los vaso-dilatadores.

Han sido infructuosas las tentativas hechas para obtener una fórmula de solución concentrada. Es preciso hacer nuevas investigaciones, porque se trata de un medicamento de valor innegable por sus efectos útiles y por ser menos tóxico que la nitroglicerina.

Las indicaciones de la medicación hipotensiva son tan importantes como numerosas, en enfermedades al parecer distintas. Para combatir la hipertensión arterial, para moderar la «violencia del ímpetu de la sangre», ó para disminuir esta «plétora sanguínea» de que hablaban tanto los autores antiguos, se había pensado—y en nuestros días algunos médicos piensan aún—en el uso de las sangrías generales, más ó menos copiosas, más ó menos repetidas. Hay un hecho sobre el que todos estamos de acuerdo: es la constancia y hasta la estabilidad relativa de la tensión vascular, á consecuencia de las emisiones sanguíneas. Después de una sangría, el descenso de la tensión arterial es un fenómeno transitorio, poco apreciable, porque el estado de la lesión vascular depende más que de la masa sanguínea de las resistencias periféricas debidas á la elasticidad, y sobre todo á la contractilidad arteriales.

En las enfermedades del corazón, la insuficiencia cardíaca no depende sólo del motor central ni de sus lesiones degenerativas ó de su debilidad, sino

que suele estar en relación con los obstáculos periféricos que el miocardio salva, no sin dificultades, y basta aflojar el freno vascular, muy apretado, para que desaparezca la inminencia de accidentes temibles. Por medio de la indicación hipotensiva, régimen alimenticio, ioduro, y principalmente éteres nítricos, el corazón periférico viene, por decirlo así, en socorro del central, después de haber perturbado y dificultado sus funciones.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 6 *de Marzo de* 1901.

Rotura del bazo; extirpación y curación.—El Dr. Hartmann: Nos ha remitido el Dr. Aubray una observación de esplenectomía por rotura traumática del bazo en un joven de dieciocho años. Dicho individuo había caído en el foso de las fortificaciones, y cuando fué llevado al hospital, presentaba los signos de una hemorragia interna; el autor practicó inmediatamente la laparotomía y vió que se trataba de una rotura del bazo; extirpó la víscera y la curación se obtuvo sin incidentes. Con el caso reciente del Dr. Loison, este es el cuarto caso de curación observado en Francia después de las operaciones de este género. La intervención quirúrgica en los traumatismos del bazo está plenamente justificada, puesto que abandonados á ellos mismos, de cuatro casos tres terminan por la muerte. He reunido 38 intervenciones por roturas traumáticas del bazo; cuatro veces sólo se evacuó el derrame sanguíneo y se colocó el desagüe; se obtuvo una curación y hubo tres defunciones; una vez se hizo la ligadura de los vasos esplénicos y el individuo murió; cuatro veces el taponamiento: una curación y tres muertos; y por último, veintinueve veces la esplenectomía; diecisiete curaciones y doce muertos. Por lo tanto, esta última operación debe considerarse como el procedimiento de elección, y con más motivo, en vista de que la falta de bazo es perfectamente compatible con la vida y no tiene ninguna influencia ulterior sobre la composición de la sangre. Cuando más, puede emplearse la sutura en grandes bazos patológicos seguida de taponamiento.

El Dr. Lejars: A título de accidente tardío, puedo citar el hecho siguiente: hace cuatro años, un hombre de unos cincuenta cayó del lado izquierdo del cuerpo y guardó cama durante algunos días; volvió al trabajo y al cabo de tres semanas fué llevado al hospital con accidentes peritoneales graves; se notaba en el hipocondrio izquierdo un tumor voluminoso fluctuante y doloroso; hice una laparotomía lateral que me condujo sobre una enorme colección enquistada de sangre y de coágulos; una vez vaciada la colección, no noté que sangrara ningún punto y me limité, sin tocar el bazo que seguramente había sido traumatizado, á hacer una buena limpieza y á colocar el desagüe, lo cual ha ido seguido de curación.

El Dr. Terrier: He seguido la misma conducta que el Dr. Lejars en un caso de rotura traumática del bazo en una mujer, rotura consecutiva á una ducha aplicada con violencia en el hipocondrio izquierdo.

El Dr. Moty: Como traumatismo particular del bazo citaré el caso de un

soldado joven, cuya muerte, debida á otra lesión, nos permitió observar que una bala de revólver había seccionado el bazo en su tercio superior sin provocar hemorragia.

De la laparotomía en las contusiones del abdomen.— El Dr. Hartmann: En octubre de 1898 he sostenido aquí mismo, apoyándome en 10 casos, que la contractura general era una indicación evidente de celiotomía inmediata, y algunos de mis colegas se levantaron contra el absolutismo de esta conclusion. Desde entonces mi interno Gosset y yo hemos anotado todos los casos que hemos visto; de 10 enfermos que presentaban la contractura, nueve han sido operados, y en todos hemos encontrado una lesión de un órgano (hígado, intestino, vejiga, etc.); de otros 17 enfermos en que no había la contractura, no hemos operado ninguno y todos los heridos han curado. Después de mi comunicación, los Dres. Manclaire y Roger nos han remitido observaciones que vienen en apoyo de mi opinión. Por lo tanto, creo que debo mantener el absolutismo de las conclusiones que formulé hace tres años, esto es, que la contractura generalizada indica de un modo formal la laparotomía.

De la histerectomía en la infección puerperal. — El Dr. Tuffier: La clínica no puede contestar de un modo afirmativo en los momentos presentes si la histerectomía está justificada en la infección puerperal; sólo la lesión es la que puede suministrar datos que indiquen la línea de conducta que deba seguirse. En mis investigaciones no he encontrado más que 13 casos que hablen en favor de la operación, puesto que en ellos las lesiones eran de tal índole, que sólo la ablación del órgano podía salvar á los enfermos. También está justificada cuando hay retención placentaria ó los accidentes están complicados por un cáncer ó un fibroma. Respecto al momento en que debe verificarse la histerectomía, unos dicen que debe esperarse cuando todos los otros medios de tratamiento han fracasado, y otros creen que debe practicarse desde el momento en que se ha diagnosticado una infección grave, contra la cual es impotente toda clase de raspado. Prochownick encuentra las indicaciones en el examen de la sangre; cuando en ésta se encuentra el estreptococo, los enfermos están en inminencia de muerte, y por lo tanto es necesario operar lo más pronto posible; cuando dicho germen no se encuentra en aquel líquido, la infección es menos grave y casi siempre cura sin intervención. Respecto al procedimiento que se debe emplear, parece ser el de elección la histerectomía abdominal. Yo sólo la he practicado una vez, y el caso fué seguido de muerte; en las otras enfermas he operado por la vía vaginal; pero ésta puede ser difícil de practicar, y no permite hacerse cargo de las lesiones de los anejos, al propio tiempo que las hemorragias suelen ser difíciles de cohibir. De los datos que he reunido, resulta que de 45 histerectomías abdominales ha habido 17 muertos y 28 curaciones, y que de 18 histerectomías vaginales ha habido 8 muertos y 10 curaciones.

El Dr. Poirier: Aunque carezco de experiencia personal en la materia, no soy partidario de la histerectomía en la infección puerperal. Un caso de rotura uterina que he tratado y curado por la simple laparotomía con desagüe abdomino-utero-vaginal, me inclina á seguir la misma conducta sin hacer la histerectomía en los casos de infección puerperal.

El Dr. Chaput: Dos histerectomías que he practicado en estas condicio-

nes, me han dado dos muertos, y en cambio, habiendo observado los buenos efectos del desagüe abdomino-utero-vaginal en un caso de infección grave, me hacen participar de la misma opinión del Dr. Poirier.

El Dr. Quenu: Hace dos años hice una histerectomía vaginal en un caso de esta índole, sin ninguna dificultad; los accidentes se atenuaron durante diez días, pero después reaparecieron, y tres semanas más tarde se presentaron accesos de eclampsia que acabaron con la enferma. El útero fué examinado y se encontraron muy pocas lesiones; las siembras resultaron estériles, todo lo cual me hace preguntar si yo he prestado algún servicio á mi enferma operándola. Cuando la infección ha traspasado las paredes del útero y existen ya trombosis sépticas para-uterinas, no creo que se pueda todavía afirmar si será ó no legítima la ablación del útero. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 13 *de Febrero de* 1901.

De la acidez urinaria.—El Dr. Dalché: Hé aquí las conclusiones de la tesis del Dr. Nicolaide acerca de la acidez urinaria: 1.ª, la acidez urinaria disminuye mucho bajo la influencia del régimen de carne; 2.ª, sólo sufre una ligera disminución bajo la influencia del régimen vegetal; 3.ª, disminuye muchísimo bajo la influencia del régimen lácteo; y 4.ª, aumenta de un modo notable bajo la influencia del vino rojo, del vino blanco y de la cerveza.

Del piramidón y de sus sales.—El Dr. Bertheraud: Mis ensayos los he verificado con el piramidón, con el canforato ácido y con el salicilato de dicho cuerpo, cuyas dos sales, como la base, pueden administrarse en solución ó en sellos. El piramidón provoca sudores profusos en los tuberculosos. En cambio, con el bicanforato de piramidón, he conseguido en 24 tuberculosos febriles, que la fiebre descendiera en 18 con dosis de 30 ó 60 centígramos administradas en dos veces. Las propiedades analgésicas son muy evidentes, puesto que en cuatro casos de neuralgias y jaquecas rebeldes á la acción de todos los demás medicamentos, y en especial de la antipirina, he obtenido la cesación de los dolores con dosis de 30 centígramos de piramidón, pero únicamente cuando se administraba el medicamento al principio del acceso; en cuatro enfermos de ciática he inyectado 10 centígramos de medicamento disueltos en 1 cent. cúb., y he obtenido un efecto satisfactorio y rápido en dos de ellos, y en los otros dos el efecto no fué tan evidente. En dos casos de reumatismo agudo, el salicilato de piramidón se ha mostrado inferior al salicilato de sosa; en el reumatismo subagudo y en el crónico la acción es irregular y muy variable, pero tiene la ventaja sobre los demás aromáticos, de rebajar la temperatura á pequeñas dosis y sin provocar sudores. Sólo en un caso he observado un eritema urticárico á pesar del gran número de enfermos en que he empleado el piramidón, medicamento que tampoco está contraindicado en las enfermedades cardíacas, puesto que nunca ha provocado en los casos que he observado y escrupulosamente examinado, ninguna alteración del aparato circulatorio.

El Dr. Dubois: La antipirina obra con más rapidez, pero persiste menos su acción; en los tabéticos, la acción analgésica del piramidón no comienza hasta dos horas después de la ingestión del medicamento, pero se prolonga mucho más que la de la antipirina.

El Dr. Robin: El piramidón está contraindicado en la diabetes porque aumenta la glicosuria merced al aumento que provoca de las oxidaciones orgánicas, lo cual confirma la teoría de Cl. Bernard, que consiste en atribuir aquel proceso á un exceso de azúcar fabricado por el hígado.

Tratamiento de la tuberculosis de los niños por el suero muscular.—Los doctores Josías y J. Ch. Roux: Para obtener el suero muscular, maceramos la carne con una pequeña cantidad de agua y la prensamos después; de este modo, cada 100 gramos de carne rinden de 15 á 20 cent. cúb. de dicho suero, el cual es un líquido rojizo muy alterable que debe conservarse durante el verano rodeado de hielo si se ha de suministrar dos horas después de su preparación. El peso de nuestros enfermos ha oscilado alrededor de 25 kilogramos y les hemos administrado el suero producido por 500 gramos de carne, el cual ha sido absorbido con mucha facilidad y al parecer constituye un remedio casi específico al principio de la tuberculosis; los resultados son menos satisfactorios en las formas crónicas, y aun la mejoría es menos sensible cuando el pulmón está profundamente alterado y los microbios de la infección secundaria han invadido las lesiones tuberculosas. Ningún resultado hemos obtenido en la meningitis tuberculosa, si bien es necesario hacer constar que no hemos podido emplear este tratamiento sino en períodos muy avanzados de esta enfermedad; seguramente hubieran sido más favorables dichos resultados si se hubiese podido emplear el suero desde el comienzo del proceso.

El Dr. Dalché: Desearía saber si el Dr. Josías ha tenido ocasión de experimentar el suero muscular fuera del hospital.

El Dr. Josías: He tenido ocasión de emplearlo en un enfermo, pero no puedo todavía aportar datos precisos acerca de este caso, puesto que es muy reciente.

El Dr. Dalché: He hecho la precedente pregunta, porque creo que el medio hospitalario es poco favorable para verificar investigaciones experimentales acerca del tratamiento de la tuberculosis, puesto que las condiciones higiénicas son insuficientes; es muy posible que se obtuvieran mejores resultados de la zomoterapia hallándose el enfermo rodeado de otro medio.

Tratamiento de la tuberculosis por la carne cruda y las inyecciones intratraqueales de ortoformo.—El Dr. Garnaud: He empleado con verdadero éxito las inyecciones intratraqueales de 6 cent. cúb. cada una de la emulsión siguiente:

Aceite de olivas	100,00	gramos.
Mentol	3,00	—
Clorhidrato de cocaína	0,50	—
Ortoformo	2,50	—

En uno de mis enfermos he obtenido una mejoría muy acentuada con este tratamiento único, y en otro obtuve un éxito de los más inesperados, asociando á dichas inyecciones la administración de 600 gramos de carne cruda y del jugo suministrado por 1 kilogramo de la misma carne.

El Dr. Robin: Un hecho reciente me inclina á ser circunspecto desde el punto de vista de la sobrealimentación, puesto que en un enfermo tratado de este modo en un Sanatorio, observé accidentes nefríticos agudos con hematuria que parecían estrechamente ligados con dicha sobrealimentación.

Codina Castellví.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE PARÍS

Sesión del día 21 *de Febrero de* 1901.

Torsión de un fibroma subperitoneal en el sexto mes del embarazo.—El doctor Maygrier: La enferma de que se trata padeció en el sexto mes del embarazo dolores agudos en la fosa ilíaca izquierda, vómitos y estreñimiento. Como la región apendicular era sensible á la presión, se hizo el diagnóstico de apendicitis. El Dr. Bouilly practicó la laparotomía. Al abrir el vientre se encontró un tumor regular, oblongo, del tamaño de un riñón, adherido al ligamento ancho derecho. Se trataba de un fibroma pediculado, con torsión del pedículo. El tumor se extirpó con facilidad, la enferma curó y el embarazo siguió su curso.

Un caso de oligoamnios. — El Dr. Macé: Acabo de observar en la Clínica Tarnier un caso en el que la insuficiencia del líquido amniótico originó una deformación fetal muy compleja. La criatura presentaba, ante todo, asimetría craneana pronunciadísima, debida á la compresión de la cabeza sobre el hombro; la extremidad cefálica había estado muy inclinada á la izquierda. Había, además, fístula urinaria del uraco. El abdomen del feto presentaba arrugas, como si en un momento dado hubiera contenido una gran cantidad de líquido. Es probable que se tratara, según ha demostrado el Dr. Bar, de una dilatación de las vías urinarias, producida durante la vida intra-uterina por la obstrucción de la uretra. Como no se derramó la orina en el huevo, resultó el oligoamnios, la compresión del feto y la deformación craneana.

Rotura uterina inadvertida.—El Dr. Boissard: Ingresó en estado gravísimo en el Hospital Tenon una mujer, á la que se habían hecho varias aplicaciones de forceps. Sospechando la rotura del útero, el interno de guardia practicó el tacto manual intra uterino sin encontrar solución alguna de continuidad. La enferma murió poco después. A la autopsia se descubrió en el segmento inferior del útero una desgarradura de diez á doce centímetros de longitud. Este caso demuestra la dificultad del diagnóstico de ciertas roturas uterinas.

Un caso de mola hidatidiforme.—El Dr. C. Jeannin: Una enferma de treinta y ocho años, que creía estar embarazada, ingresó en el Hospital de la Caridad, clínica del Dr. Campenon, con dolores pelvianos y hemorragias que persistían hacía dos semanas. Los signos físicos hicieron diagnosticar la afección de embarazo extra-uterino y se practicó la laparotomía; practicada la incisión, se encontró el útero grávido, y en vista de esto se cerró de nuevo el abdomen. Al día siguiente la operada expulsó una mola vesicular, no embrionaria, que pesaba 1400 gramos. Durante los tres días primeros todo

fué bien; pero al cuarto los loquios se hicieron fétidos y la enferma tuvo fiebre; se practicó el raspado digital, y se tocó la superficie interna del útero con el escobillón; desgraciadamente era demasiado tarde, y la enferma murió á los tres días después de cuarenta y ocho horas de coma. El examen histológico demostró la existencia de una hepatitis intersticial. Los únicos gérmenes causales habían sido el colibacilo y algunas especies anaerobias.

Tres casos de pielonefritis gravídica.—El Dr. ANDÉRODIAS: He observado tres casos de pielonefritis gravídica, interesantes por las condiciones etiológicas de la afección. En dos de ellos las mujeres tuvieron estreñimiento pertinaz que no corrigieron los purgantes ni los enemas; en la tercera hubo gran diarrea. Explicó la patogenia de la afección del modo siguiente: bajo la influencia del desarrollo del útero, es comprimido el ureter (casi siempre el derecho), y resulta una ligera estancación de orina por encima del sitio comprimido. El epitelio de la mucosa en este sitio disminuye de resistencia, y si sobreviene una infección, se localiza de preferencia en él. En dos casos, el examen bacteriológico de la orina demostró que contenía el colibacilo en estado de pureza, hecho que concuerda con una infección de origen intestinal.—F. TOLEDO.

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 26 *de Febrero de* 1901.

Arena intestinal.—El Dr. *Dyce Duckworth* narró el caso siguiente: La enferma era una mujer de treinta y tres años que no presentaba más signo de lesión orgánica que cierto engrosamiento de la pared del intestino grueso, pero que padecía diarreas rebeldes desde dos meses antes de descubrir arena en sus excrementos. Cuando los Dres. Dyce Duckworth y A. E. Garrod, examinaron la arena, vieron que era de color rojo morenuzco y parecida al ácido úrico. No se disolvía en el licor de potasa frío ó hirviendo, pero sí en el ácido nítrico caliente. La diarrea se contuvo con el tratamiento apropiado, pero quedó cierta sensibilidad á la presión en el sitio correspondiente á la flexura esplénica. El dolor en este caso fué relativamente moderado. Había antecedentes gotosos en los ascendientes paternos, y Dieulafoy ha demostrado que estos casos recaen en familias que padecen gota. La base orgánica en que estaban envueltos los granos de arena, contenía en abundancia bacilos y microbios. El análisis químico demostró que la arena se componía de: óxido de calcio (el 55 por 100), ácido fosfórico (el 42 por 100), óxido de carbono (el 2 por 100) é indicios de magnesio y de hierro. El pigmento principal era al parecer la urobilina, pero existían indicios de pigmento biliar inalterable y de otro pigmento carmesí desconocido. Indudablemente el sitio probable de la formación de dicha orina fué la parte superior del colon.

El Dr. *Combie* dijo que los casos de arena intestinal son más frecuentes en la India que en Inglaterra. Ha observado tres enfermos graves. Los tres tuvieron cólicos fuertes y la abundancia de la arena coincidió con la inten-

sidad del dolor. En dos de estos casos se encontró entre la arena intestinal un acarus vivo. Ha visto expulsar arena intestinal á un cochinillo.

El Dr. *Bokenham* manifestó haber descubierto arena en las deposiciones de una mujer que padecía cálculos biliares. El paso de las partículas arenosas ocasionó ataques de cólico y diarrea. La adición de un ácido á la arena no produjo efervescencia. Contenía indicios de pigmento, pero no el de color carmesí citado por el Dr. Duckworth. Sólo ha observado un caso de este género.

Limitaciones de la enterectomía.—El Dr. *A. E. Barker* narró los dos casos siguientes: Al primer enfermo, que padecía glicosuria y había enflaquecido bastante en los últimos seis meses, se le extirpó un carcinoma del colon, y excepto un esfacelo ligero del epiploón y del mesenterio, la herida curó de un modo satisfactorio. Durante la convalecencia se administraron la morfina y la codeína. Ha practicado en diabéticos la colotomía por cáncer del recto y la cura radical de una hernia umbilical con resultado hasta cierto punto satisfactorio. Las heridas operatorias no curan con tanta facilidad como en las personas sanas, porque los productos patológicos que existen en la sangre de los diabéticos (acetona, ácido oxibutírico y ácido oxálico) disminuyen la vitalidad de los tejidos y tienden á producir la necrosis de dos maneras: por angio-esclerosis y trombosis y por un proceso inflamatorio.

El segundo caso recayó en una mujer débil de setenta y seis años, con hernia estrangulada en la cicatriz de una ovariotomía antigua. Se extirpó el intestino en bastante extensión y los extremos se anastomosaron. Se empleó al principio la alimentación rectal y después una dietética conveniente. La enferma curó en poco tiempo. Este caso demuestra dos cosas: que la edad avanzada no es un obstáculo para la cicatrización rápida de las heridas y que es posible extirpar sin inconveniente trozos extensos de intestino.

El Dr. *F. W. Pavy* dijo que la diabetes alimenticia es susceptible de corregirse por un tratamiento dietético y medicinal apropiado. Es probable que el caso referido por el Dr. Barker fuera de este género, porque la glicosuria desapareció. En otros casos, cuando la glicosuria depende en parte de la destrucción de los tejidos, hay tendencia al desarrollo del coma por formación de substancias tóxicas. Cree que en esta forma el cirujano debe ser precavido si la afección se halla muy avanzada.

El Dr. *T. Smith* citó dos casos que demuestran el peligro de la intervención operatoria en la glicosuria; en uno la abertura de un pequeño seno superficial produjo una hemorragia que estuvo á punto de ocasionar la muerte; en otro enfermo una erosión ligera fué causa de gangrena y de muerte.

El Dr. *Barker* dijo que había practicado la enterectomía aunque la orina contenía bastante azúcar. El resultado fué satisfactorio.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del día 14 *de Diciembre de* 1900.

Placenta previa.—El Dr. *Strassmann* da cuenta de su investigación de las placentas previas que observó y coleccionó durante los ocho años que fué ayudante de la Clínica y Policlínica del profesor Gusserow. Entre 3085 partos policlínicos, hubo 26 con placenta previa total, 51 con parcial y 24 con marginal. Strassmann divide su comunicación en una parte anatomico-teórica y otra clinico-práctica.

En vista de sus preparaciones, admite que en la mayoría de los casos se trata de la inserción del óvulo en el orificio uterino interno, siendo posible, también, que los procesos histológicos debidos á la inserción, provoquen la oclusión del orificio, según opinan Hunter, Ahlfeld y v. Herff. La división de la mucosa da también la explicación más plausible de la implantación de las vellosidades de la placenta previa. La inserción del cordón umbilical no tiene relación etiológica con la placenta previa, pues queda fijada con la implantación del óvulo ó al menos con la del rudimento embrionario; es el punto de la primera vascularización de vellosidad, y su relación con la placenta es determinada por un avance activo trofotrópico de las vellosidades, atrofia del punto de inserción y distensión pasiva del óvulo. Las frecuentes formas anormales son adaptaciones funcionales á un medio nutritivo anormal y á un espacio anormal de incubación. Las grandes vías de los vasos fetales que se han originado de la primitiva red capilar por selección de las vías favorecidas en cuanto á nutrición y espacio, dejan reconocer perfectamente la vía del desarrollo precisamente en la placenta previa; ésta se distingue de otras implantaciones solamente por sus relaciones locales con la pared uterina, y no ofrece nada que diverja de las reglas fundamentales del desarrollo de las vellosidades humanas.

En la parte clinico-práctica de su conferencia, Strassmann completa hasta 1900 la estadística sobre placenta previa compilada por Schoenewald hasta 1897, con respecto á sus tres formas, total, parcial y marginal. En las primíparas que sufren relativamente pocas placentas previas, predomina la forma marginal, en las multíparas la total, aumentando la frecuencia de la placenta previa con el número de los partos. La edad media es de 32'9 años con 6,38 partos, y así se explica por qué en la clientela privada la placenta previa se observa rara vez. A menudo, hubo antes aborto (en 45 de 79 mujeres, en 4 de las cuales la placenta previa ocurrió en el embarazo siguiente). La inserción baja es tal vez una frecuente causa de aborto. En 3 casos las mujeres quedaron embarazadas durante la lactancia; en 2 casos había precedido una preñez tubaria. La combinación de gemelos y placenta previa es rara, pero 8 de 77 mujeres habían tenido antes preñez múltiple; 7 tuvieron *recidiva* de placenta previa. Hace falta una investigación de lo que pasó después á las mujeres que habían tenido placenta previa. Como profilaxia contra la placenta previa, cabe recomendar un retardo de nueva concepción á mujeres que hayan tenido gemelos ó placenta previa.

El taponamiento produce muchas veces fiebre; Strassmann no lo ha em-

pleado nunca (siguiendo la doctrina de Gusserow), pero lo ha encontrado hecho por comadronas, médicos y practicantes; en cambio, ha recurrido una vez con buen éxito á la dilatación del útero, deseando los padres tener un hijo vivo; sin embargo, no espera mucho de la metreuresis para mejorar la mortalidad fetal; además, la extracción después de dicho procedimiento ha dado origen á profundos desgarros cervicales. Se recomienda la versión externa sobre el extremo pelviano antes de penetrar en la bolsa fetal. En los casos de cuello uterino estrecho ó de parto prematuro, puede convenir el uso de las pinzas para sacar un pié. La extracción debe desaconsejarse, siendo admisible sólo excepcionalmente (en un caso se deseaba salvar al séptimo hijo). Para la versión es preferible la posición transversal, dado el peligro de embolia de aire en la lateral. Guiándose por la frente, se llega muchas veces á los piés. Por regla general, la primera hemorragia es indicación para interrumpir la preñez.

En la mortalidad infantil influye el hecho que en 18'2 por 100 resultó aborto, y en 42'4 por 100 parto en el octavo ó noveno mes, y que muchas veces se rompen vasos fetales; para prevenir este inconveniente, debe limitarse la perforación de la placenta. Sorprende que aun con placenta previa total el embarazo llegue tantas veces al décimo mes. En la clínica la mortalidad fetal fué de 68'18 por 100, en la policlínica de 52'42 por 100. La versión con evolución espontánea da el resultado menos favorable (80'7 por 100), luego sigue la extracción (52 por 100), parto espontáneo con rotura de la bolsa, versión externa, atracción del pié, 37 por 100. La mortalidad de las madres policlínicas fué de 5 por 100 (uno parcial y cuatro totales), muriendo una de desgarro, dos de anemia y dos de sepsis. La extracción produce á menudo desgarros cervicales y el taponamiento da origen á la infección. La extracción da 20 por 100 de mortalidad, la versión con expectación 9'6 por 100, con rompimiento de la bolsa, atracción del pié, etc., 1'4 por 100. La mortalidad fué de 18'6 por 100, hasta donde esto puede averiguarse policlínicamente. — (*Centralblatt für Gynäkologie*). — G. Sentiñón.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 8 *de Febrero de* 1901.

Tumor estercoráceo.—El Dr. Paul Federn: Se trata de un sujeto de cincuenta y dos años, que desde su infancia viene padeciendo de estreñimiento pertinaz. En 1888 sufrió un traumatismo de cabeza que le obligó á permanecer en el Hospital, y por entonces, por temor de que le quisieran operar, dice haber estado tres meses sin defecar. El año 1899 expulsó en la Clínica de Gussenbauer 8 kilogramos de heces fecales. A pesar de un estreñimiento tan pronunciado, sólo se queja este enfermo de tensión en el vientre cada ocho ó quince días y de calor y pesadez de cabeza alguna que otra vez. El apetito es bueno siempre. Sólo desde hace catorce días es cuando menudean los dolores cólicos y se viene demacrando este sujeto.

Estado actual: palidez, demacración, dilatación grande y uniforme del

vientre, que aparece surcado en sus partes laterales, lo mismo que el tórax, por redes venosas muy gruesas. El corazón está dislocado hacia arriba y el pulmón izquierdo atelectásico en sus partes postero-inferiores. En la pared del vientre se ven á menudo grandes prominencias que cambian de sitio y que corresponden á intestinos muy dilatados y animados de movimientos peristálticos. Cuando cesan éstos, se aprecia por la palpación un tumor irregular, blando, que ocupa la mitad izquierda del abdomen, y que da un sonido macizo-timpánico. La ampolla rectal está dilatada, y el dedo tropieza con un tumor del tamaño de la cabeza de un feto, y que está cubierto por un pliegue de la mucosa. La orina está normal.

En este caso se trata de una dilatación del intestino grueso, congénita ó adquirida en una edad muy temprana, pero cuya causa no se podrá precisar hasta haber evacuado el intestino.

Tratamiento mecánico de ciertas formas de vértigo. — El Dr. V. Urbantschitsch: Cuando se practican movimientos circulares con la cabeza, se produce un vértigo, al que se va acostumbrando el sujeto, hasta el punto de poder ir ejecutando tales movimientos con mayor rapidez é insistencia. Este hecho he tratado de utilizarlo para combatir los vértigos que se observan á menudo en los enfermos del oído.

El vértigo sobreviene, en unos casos espontáneamente y en forma de ataques, en otros por movimientos, á veces muy precisos y determinados, de la cabeza ó del cuerpo. En muchas de estas personas se provocan fácilmente alteraciones en el equilibrio con los distintos movimientos de cabeza.

Para combatir estos mareos dispongo que el paciente practique con la cabeza movimienlos circulares, primero á la derecha y después á la izquierda; al principio, de tres á cinco diarios, y más tarde hasta 20 ó 30. Primeramente se practicarán estando sentado ó en cama el enfermo, y más adelante estando de pié, pero apoyadas las manos para no caerse. Cuando el movimiento de cabeza produce sensación de vértigo, se suspende para reanudarlo una vez pasada dicha sensación. Si se observa que un determinado movimiento de cabeza ocasiona con una facilidad especial el vértigo, se practica precisamente dicho movimiento hasta que á fuerza de repetirlo, con descansos, se consigue que ya no se presente la sensación vertiginosa, observándose que para que ésta se presente, hacen falta cada vez más movimientos. En muchos enfermos del oído que padecían vértigos, he conseguido, con el procedimiento á que me estoy refiriendo, resultados muy satisfactorios y de carácter permanente, puesto que la mayoría de estos enfermos, después de librados de su vértigo, continuaban practicando diariamente sus movimientos de cabeza.

En algunos casos, el procedimiento fué ineficaz, habiendo también sujetos en que me ví obligado á suspenderlos por las molestias que les ocasionaba. En cambio, en un número muchísimo mayor de casos, observé una disminución ó desaparición completa de los trastornos en el equilibrio.

Sobre el uso del fósforo y, en especial, del aceite de bacalao fosforado. — El Dr. Hryntschak: Ha afirmado el Dr. Monti en la *Viener Klinik.*, que de mis experimentos practicados en 1885 resulta que con la ingestión de las últimas porciones de un aceite fosforado, no se ingiere nada de fósforo. El hecho de que colocando una tira de papel de filtro empapada de nitrato argéntico por

encima de una disolución oleosa de fósforo se tiñe de negro, lo que no sucede cuando se coloca sobre aceite no fosforado, demuestra que el primero pierde fósforo á la temperatura ordinaria.

El procedimiento de Mitscherlich, ó sea de la destilación del líquido en la obscuridad para observar la fosforescencia, es engorroso, no permite examinar varios líquidos simultánea ó sucesivamente, exige grandes cantidades de los mismos, y, sobre todo, no sirve para comparar la proporción de fósforo que puedan contener dos ó más disoluciones.

El procedimiento que yo empleo es el siguiente: En un vidrio de reloj se echa media cucharadita de agua y en seguida un par de gotas del aceite en que se sospecha existe fósforo. Se calienta el vidrio en la obscuridad hasta que aparezcan burbujas, pero procurando calentar más especialmente el borde del vidrio. Haciendo oscilar éste con movimientos circulares, se evapora el agua al ponerse ésta en contacto con el borde más calentado y aparece un hermoso anillo blanco-azulado de vapores de fósforo. Si el líquido contiene poco fósforo, no aparecen, á veces, más que segmentos de anillo. Este método es sumamente sensible y permite, con algo de práctica, establecer la comparación entre dos ó más disoluciones oleosas de fósforo y comprobar que en las últimas porciones de aceite de hígado de bacalao fosforado que usa un enfermo no hay fósforo, á fuerza de destaparlo y de volverlo á tapar, como también han observado Kassowitz y Jolles.

El fósforo se evapora con el calor. Si se colocan una cápsula con aceite fosforado al calor del sol y la otra guardada en una caja, á los ocho días la primera no contiene nada de fósforo, y la segunda indicios muy escasos. También se evapora con la agitación frecuente, lo cual se puede comprobar con dos frascos que contengan aceite de hígado de bacalao fosforado y que se mantengan destapados durante diez días; el que se agite fuertemente dos veces al día, contendrá mucho menos fósforo que el que no se hubiese agitado. La simple influencia del tiempo basta para que se volatilice el fósforo. Así, en un aceite de hígado de bacalao fosforado que provenía de mayo de 1900, con la prueba de la fosforescencia no se obtuvo ningún resultado, y con el papel de nitrato argéntico un color no muy obscuro.

Por otra parte, la descomposición que con el tiempo se observa en el aceite de hígado de bacalao fosforado me hace creer que el fósforo se conserva mejor en las mixturas oleosas que en dicho aceite. De todos modos, cuando empleé el fósforo en el raquitismo, y por cierto con mal resultado, tenía cuidado de examinar el medicamento cada ocho días para cerciorarme de su composición.

Kassowitz, al aconsejar el fósforo en el raquitismo, partía de la hipótesis de que la corriente de filtración que salía de los vasos sanguíneos, era causa en unos casos de sedimentación insuficiente de las sales calizas, y en otros de absorción aumentada del hueso ya existente, por virtud de las energías de la corriente líquida y de la difusión, que serían tanto mayores cuanto más se dilataran los vasos existentes y mayor número de vasos nuevos se formasen. Ahora bien, sucede todo lo contrario; con el aumento de las vías sanguíneas, desciende la presión de la sangre y con ella la energía de la corriente de filtración.

Mientras no conozcamos la marcha normal del crecimiento de cada uno

de los órganos afectados de raquitismo, carecemos de base científica para juzgar si un medicamento ha influído ó no en el proceso raquítico.

En varios casos en que las madres hacían tratar á sus hijos alternativamente por Kassowitz y después por mí ó viceversa, se observó que el tratamiento con el aceite de hígado de bacalao fosforado, agravaba el proceso raquítico ó había que abandonarlo por no sèr bien tolerado por el estómago ó por el intestino. Ni el mismo espasmo laríngeo se consigue vencer con el fósforo, no obstante su utilidad frecuente como remedio sintomático.

El Dr. Eisenschitz: Prefiero no entrar en una crítica detenida de los hechos que acaba de exponer el orador, y sólo quiero hacer constar que su alusión repetida á casos sueltos, no me parece que puede servir para impugnar seriamente un trabajo de mérito científico tan generalmente reconocido como es el del Dr. Kassowitz.

El dato de si el aceite de hígado de bacalao fosforado contiene realmente fósforo, ha sido resuelto en sentido afirmativo por los químicos, y no es posible tener duda alguna en tal concepto. Si algo habría que dilucidar en este asunto, podría ser, todo lo más, una cuestión relativa al arte de formular. Ahora bien, con motivo de la crítica del trabajo de Zweifel, Pfaundler ha estudiado recientemente si es posible demostrar la presencia del fósforo en cada dosis suelta del aceite de hígado de bacalao fosforado, tal como lo prescribe Kassowitz, y ha obtenido un resultado positivo y que disipa todas las dudas que pudieran tenerse en este asunto.—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento quirúrgico de la jaqueca. — Desde hace varios años, el doctor W. Whitehead trata siempre con éxito los casos rebeldes y graves de jaqueca por el sedal ordinario aplicado del modo siguiente: La piel de la nuca se coge con los dedos pulgar é índice de la mano izquierda y se atraviesa con un escalpelo de hoja larga. Antes de extraer el escalpelo, se pasa por la herida, utilizándolo como conductor, una aguja de ojo grande. Se extrae el escalpelo, se enhebra en la aguja una cinta ordinaria de unos 2 centímetros de ancha que al extraer la aguja queda atravesada en la piel. Se dejan á uno y á otro lado de la herida 20 centímetros de cinta que se anuda para evitar su extracción accidental. El sedal debe quedar aplicado durante bastante tiempo. Los resultados de este tratamiento son siempre excelentes.

(*British. Med. Journal.*). — F. Toledo.

Falangitis heredo-sifilítica de los niños de pecho.—Según el Dr. C. Hochsinger, de Viena, para el diagnóstico diferencial de la falangitis heredo-sifilítica de los niños de pecho, los datos más importantes son el predominio de la lesión en la primera falange, la no existencia de supuración ó de perforación al exterior, la tendencia á la regresión espontánea y el curso subagudo de la enfermedad. La hinchazón, que se desarrolla sin ningún dolor y que interesa primero á la primera falange, y aun en ella exclusivamente al hue-

so, hace tomar al dedo la forma de una botella; si se interesa también la última falange, toma la forma de un palillo de bolos, apareciendo el dedo no sólo ensanchado, sino alargado. Las partes blandas no se afectan, sólo la piel se presenta á veces, á consecuencia de la distensión mecánica que experimenta, brillante, tensa, de un color de rosa particular, y en algunos casos hasta aparece algo adelgazada.

La afección suele ser múltiple, pero no simétrica, y también es peculiar de la misma la integridad que se observa en las articulaciones próximas á la falange enferma.

Es lesión que pertenece al grupo de las primeras manifestaciones de la sífilis hereditaria. Las lesiones del mismo origen que se observan en los dedos después del primer año, ya no presentan los caracteres típicos antes descritos. En estos casos, ya pueden sobrevenir la caries y la lesión concomitante de las articulaciones y de las partes blandas.

Se distingue la falangitis heredo-sifilítica de la espina ventosa, cuando la lesión sólo interesa á la primera falange, por la anamnesia, la edad del niño, la existencia eventual de otras manifestaciones sifilíticas y, en especial, las nasales, la integridad de la piel y la no existencia de supuración, caries ni necrosis. Además de esto, mientras la hinchazón escrofulosa de la falange tiene forma de botón, la sifilítica tiene la forma de aceituna. También depone á favor de la sífilis el hecho de que la afección se presenta en la primera época de la lactancia, de que interesa á todas las falanges ó á las primeras falanges de todos los dedos ó, por lo menos, de varios.

La falangitis heredo-sifilítica del niño de pecho, es, entre todas las afecciones precoces de la misma naturaleza, una de las que obedecen mejor al tratamiento, siendo de advertir que no exige ninguna terapéutica local, sino tan sólo el tratamiento antisifilítico ordinario; con el que se cura la afección al cabo de seis á diez semanas completamente, y en la inmensa mayoría de los casos de un modo definitivo.—(*Wiener med. Presse*).—R. del Valle.

Amasamiento con petróleo en el reumatismo articular agudo. — El petróleo aplicado por medio de compresas es un tratamiento popular del reumatismo en Rumanía. El Dr. Saratidis usa el amasamiento y el petróleo con buenos resultados. La técnica es sencillísima. El enfermo está acostado en su lecho, se unta con petróleo el miembro afectado de dolores reumáticos, y se practica el amasamiento en la dirección de la corriente venosa. La energía de las fricciones debe ser proporcionada á la susceptibilidad del enfermo para no provocar dolor alguno. El amasamiento se continúa hasta que la piel enrojece (unos diez minutos), y después se cubre con algodón en rama el sitio dolorido. Al día siguiente se repiten las mismas maniobras. Si durante el tratamiento se forman en la piel pápulas de eritema —lo que acontece en la mitad de los casos después del tercer día —, se suspenden las fricciones de petróleo. Bajo la influencia de este tratamiento, la fiebre y los dolores tardan poco en desaparecer, y el reumatismo agudo articular cura en cinco á siete días.—(*Rev. de ther. méd. chir.*)—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CONGESTIONES PULMONARES REUMÁTICAS

POR EL DOCTOR

D. ANTONIO MUÑOZ

Médico de número de la Beneficencia General. Madrid.

No es chocante que autores y escritores notables de patología consideren como más frecuentes que ningunas otras las manifestaciones cardíacas del reumatismo. Lo raro, lo extraordinario, lo sorprendente es que clínicos de gran renombre y autoridad en el mundo médico hayan incurrido en el mismo error, sancionándole con sus escritos, en los que han trasladado sencillamente las frases con que á modo de axioma irrefutable viene corriendo de libro en libro y de tiempo en tiempo, sin que á dichos clínicos, á pesar de reconocer tácitamente su error, se les haya ocurrido protestar de ello, pues que en su práctica, si ha sido cual corresponde á su fama, habrán tenido ocasiones sobradas de convencerse de tan lamentable equivocación.

La misma palabra griega ῥεῦμα, de la que se origina el nombre que hoy lleva la enfermedad, está diciendo á voces con su significado (fluxión) cuáles sean, aparte de la poliartritis, las manifestaciones reumáticas de mayor frecuencia. Estas son las *congestiones pulmonares*.

Preciso es hacer justicia también diciendo que no todos han pensado igualmente, pues que hay algunos, como Bernheim, el cual, en sus *Lecciones de clínica médica* en 1877, Lebreton, en su *Thèse* de 1884, y otros, han reclamado para la congestión pulmonar, con datos y hechos prácticos terminantes, el lugar que la corresponde en el orden de frecuencia entre las manifestaciones internas del reumatismo.

En efecto, cuando se adquiere el hábito, lo cual es un precepto de

conciencia que no debe olvidarse, de reconocer diariamente el pecho de los reumáticos, rarísimo es el caso en que un día ú otro, con mayor ó menor intensidad y extensión, en éste ó el otro sitio del tórax, no se puedan apreciar fenómenos de congestión pulmonar.

Preséntanse á veces estos fenómenos fluxionarios de pecho ó de congestión al principio del ataque reumático y aun algunos días antes, como en los casos relatados por Lebreton.

Observación 1.ª — Precisamente en los momentos en que me disponía á escribir estas líneas, me llaman para ver á un enfermo, D. J. N., antiguo reumático á quien presto asistencia hace años, y que se encuentra actualmente afectado de una fluxión ó congestión pulmonar poco intensa, coincidiendo con una mejoría de los síntomas articulares; es decir, que en esta ocasión, á la declinación del ataque, sucede la congestión pulmonar, así como otras veces suele ser ésta, en el mismo enfermo, la precursora de los síntomas articulares.

Esto es muy frecuente, hasta el punto de poderlo observar casi á diario, sobre todo en el reumatismo crónico, durante los episodios de agudización, en las Clínicas hospitalarias de enfermos crónicos.

Buen testimonio de ello son las enfermas de mi clínica del Hospital que ocupan los números 7 y 8 de la Sala de Santa Teresa, 17 y 18 de la Sala de la Purísima y 5, 7 y 8 de la de San Antonio, las cuales enfermas, en diferentes períodos y con mayor ó menor intensidad, han padecido congestiones pulmonares, coincidentes casi siempre con agudizaciones de su reumatismo poliarticular crónico.

A tiempo de corregir las pruebas de este artículo tengo en la Sala de San Antonio una enferma con una congestión pulmonar extensa, con expectoración sanguinolenta, la cual se ha presentado en el curso de una nefritis reumática y después de algunos fenómenos urémicos (vómitos, accesos de asma, etc.). Tal vez en otros artículos me ocuparé de ésta y aquéllas enfermas, cuyas historias clínicas son bien interesantes por más de un concepto.

Otras veces la congestión del pulmón evoluciona paralelamente ó alterna con las manifestaciones artríticas.

No siempre reviste igual intensidad, ni ocupa la misma extensión, ni se presenta en idéntica forma. A veces, y esto suele ser lo más frecuente por fortuna, la congestión pulmonar permaneceria latente si no se descubriera su existencia por signos ó síntomas exclusivamente pleximétricos ó estetoscópicos. El enfermo no siente la menor opresión, no tiene fatiga, ni tos; la respiración no se ha alterado en su normalidad, ni en el número, ni en la frecuencia, ni en el

ritmo de su doble acto (inspiración y espiración), y no obstante, el dedo que percute aprecia una zona y á veces dos, en que la sonoridad normal está obscurecida ó amenguada y el oído confirma que ha disminuído allí el murmullo vesicular.

Tan frecuente es la forma ésta en el reumatismo agudo, que apenas si hay caso de ataque franco ó simple en que no se pueda comprobar en algún momento si durante toda su evolución se percute y ausculta con cuidado y constancia.

Estas congestiones pequeñas, parciales, tienen el mismo carácter de movilidad que las artropatías, pues que si un día se observan en el vértice del pulmón, por ejemplo, al día siguiente han desaparecido ó cambiado de sitio, manifestándose en la base, hacia las fosas subespinosas, etc.

Desde luego que en esta forma, y aunque la fiebre suele elevarse algo, la congestión pulmonar no influye en la evolución y gravedad del padecimiento, ni aun siquiera en las molestias del paciente. Pero no debe descuidarse su observación, porque pueden cambiar de pronto las cosas y hacerse más intensa ó extensa la congestión, lo cual no deberá sorprender al clínico sin estar preparado para combatirla desde el momento que agrave la situación, pues hay que tener en cuenta que las congestiones pulmonares reumáticas no son influídas de ninguna manera por los preparados salicílicos, que tan excelente acción ejercen sobre las artropatías y la fiebre reumática; sobre la congestión pulmonar, su acción ó es nula ó desfavorable.

Ocasiones hay en que la congestión, aun siendo parcial, es bastante extensa, no solamente para alterar la funcionalidad del pulmón, pero también para comprometer la vida del enfermo en breves momentos.

El caso que transcribo á continuación, y que entresaco de mis observaciones personales, paréceme bastante completo é instructivo para apreciar estas formas de congestión pulmonar:

Observación 2.ª — F. M., soltero, de quince años, ocupado en las faenas agrícolas, con antecedentes reumáticos en la rama paterna, que había padecido las enfermedades propias de la infancia, pero que carecía de conmemorativos patológicos individuales que tuvieran relación con el actual padecimiento, refiere que por espacio de unos días, en que ha llovido casi constantemente, aunque con lluvia menuda, ha permanecido en el campo con motivo de estar haciendo el recogido del fruto de aceituna, no teniendo otra causa que ésta á qué atribuir su enfermedad. Su salud ha sido buena hasta ahora, y

su constitución, aunque no vigorosa, es fuerte, y tiene bastante desarrollo físico relativamente á su edad.

Refiere que el 14 de enero de este año (1884), al regresar del trabajo por la tarde, bastante mojado por la lluvia menuda y pertinaz que había estado cayendo todo el día, sintió varios y repetidos calofríos, seguidos de calor y dolores en las extremidades, atacando principalmente las articulaciones de los piés y de las manos con poca intensidad, pero dificultándole los movimientos, lo cual obligóle á meterse en la cama.

El pulso es blando, lleno y no late más de 86 veces por minuto; la temperatura es de 38°,5; la lengua está cubierta de una ligera capa blanquecina; el enfermo se queja de sed, disminución del apetito y astricción de vientre.

La respiración es normal y la funcionalidad de los órganos torácicos es perfecta; nada revela en ellos la más ligera alteración.

La orina es escasa, rojiza y sedimentosa, de reacción ácida, expeliéndose con ardor y dificultad.

Las articulaciones están dolorosas, pero no tumefactas, exagerándose el dolor por la presión, y sobre todo, con los movimientos, siendo, no obstante, bastante tolerables todavía los dolores. Encuéntranse afectadas principalmente las articulaciones de los dedos en ambas extremidades, las de la muñeca, codo y rodilla.

Prescríbese tártaro estibiado á dosis eméticas, agua de limón para bebida usual, dieta de caldo, fricciones calmantes y envoltura de las articulaciones con franela ó bayetas calientes. Después de conseguido el efecto emético, al tercer día se dispuso el salicilato de sosa. La enfermedad continuó su evolución, y en los cinco primeros días la fiebre osciló entre 38°, y 39°,2, el pulso de 80 á 100 latidos por minuto, deposiciones tardías, endurecidas y escasas, la orina con los mismos caracteres reseñados, abundantes sudores de reacción ácida y olor agrio, hánse invadido mayor número de articulaciones, estando más tumefactas y doloridas, hasta el punto de no poder resistir el enfermo ni el contacto de las ropas, y haciéndosele intolerables é imposibles los movimientos. Nada en el pecho.

En la visita de la mañana del quinto día de enfermedad apréciase *una matidez no muy pronunciada debajo de la clavícula derecha, en una zona poco extensa, con disminución del ruido respiratorio, ligera disnea y opresión más bien que dolor en dicha región, lo que dificulta al enfermo la completa dilatación del tórax.* Ninguna otra modificación en los órganos encerrados en la cavidad torácica. Ningún es-

tertor. El corazón late con la misma frecuencia que en los días anteriores, conservando perfecto su ritmo, etc. La temperatura es igual. Las articulaciones siguen tumefactas y doloridas como anteriormente, en particular las de la muñeca, manos, piés y rodillas. Sinapismos múltiples, no obstante, en las articulaciones y pared torácica anterior.

Por la tarde habíanse modificado algo los fenómenos pulmonares y desaparecieron completamente, no pudiéndose apreciar en la visita de la mañana siguiente.

El 21 de enero—séptimo día de la enfermedad—me llaman apresuradamente «porque el enfermo habíase puesto *repentinamente muy mal, con mucha fatiga*».

En efecto, su estado era el siguiente: decúbito supino, con imposibilidad de los movimientos; gran palidez del semblante, que se encuentra cubierto de sudor; *respiración anhelosa, entrecortada, superficial, con poca amplitud ó movilidad de las paredes torácicas; algún golpe de tos seca, que provoca dolor en el pecho; submacidez á la percusión en casi la totalidad del pulmón derecho y vértice del izquierdo; disminución notable en estas zonas del murmullo respiratorio; resonancias vocales y respiración áspera en el vértice del pulmón izquierdo; roncus en ambos vértices;* el corazón late con mayor frecuencia, pero con su ritmo y ruídos normales; la temperatura es de 39°,1; los demás síntomas, como anteriormente, sin variación notable. En esta situación estaba hacía una hora próximamente, habiéndose presentado la disnea sin causa apreciable y repentinamente, puesto que ni había ejecutado movimiento ni esfuerzo alguno, ni se había aireado, etc., yendo aumentando gradualmente la dificultad respiratoria hasta el punto que queda dicho. Sinapización en el tórax y en las articulaciones. Tártaro estibiado, 40 centígramos; poción gomosa, 120 gramos; jarabe, 30 gramos, para tomar una cucharada cada media hora, hasta producir el vómito, y después cada dos horas.

El estado casi era el mismo por la noche, aunque obsérvase alguna mayor amplitud respiratoria. Nueva sinapización.

Al siguiente día por la mañana solamente se aprecian los fenómenos congestivos pulmónares en ambas bases y en el vértice del pulmón derecho. *Roncus y sibilancias, con algunos estertores subcrepitantes. La tos es más fácil, con expectoración espumosa, ligeramente estriada de sangre; respiración más fácil, con mayor dilatabilidad de las paredes torácicas; subsiste, no obstante, la opresión;* las arti-

culaciones, tumefactas y doloridas aún; la temperatura es de 38°,7; vientre dolorido y tensas las paredes abdominales, sin meteorismo; continúan el estreñimiento y los demás síntomas lo mismo.

Por la tarde está limitada la congestión al *vértice del pulmón derecho*, aunque todavía se aprecian *en las bases alguna disminución del ruido respiratorio y submacidez*. Temperatura, 39°.

Al siguiente día por la tarde apenas se percibían *algunos estertores subcrepitantes en el vértice del pulmón derecho, con disminución del murmullo vesicular y submacidez*, todo lo cual desapareció para no volverse á presentar en el curso de la afección.

Siguió ésta ya su marcha natural, sin otros accidentes ni manifestaciones, modificándose lenta y gradualmente hasta llegar á la convalecencia, á los treinta y seis días de los primeros síntomas. Combatióse la *anemia* consecutiva y no se hizo esperar el restablecimiento, sin que hasta dos años después, en que yo perdí de vista al enfermo, volviera éste á sufrir la más pequeña molestia, antes bien, su salud fué excelente, se robusteció y desarrolló físicamente de un modo notable.

En algunas ocasiones, la congestión pulmonar termina por una *hemoptisis* más ó menos abundante, que no pocas veces he visto diagnosticadas (sobre todo cuando el ataque reumático ha sido subagudo ó poco característico) de hemoptisis verdaderamente *tuberculosa* ó por lo menos *pretuberculosas;* pero el tiempo, gran maestro de verdades, viene á confirmar su verdadera naturaleza, ya por curación total ó definitiva, ó ya por la presencia de alguna lesión cardíaca reumática, característica.

Observación 3.ª—Don M. B., médico que alcanzó algún nombre, era artrítico, hízose reumático, y en alguno de los ataques y después en su intervalo, sufrió *hemoptisis*, considerables en cantidad algunas de ellas, que le alarmaron, así como á los compañeros que hubieron de asistirle por entonces. Una higiene severa, un reposo mayor que el que hasta entonces había tenido en la penosa práctica de médico rural, amén de otros cuidados, hicieron que se obtuviera la curación (que parecía radical), porque no volvió á tener hemoptisis) durante bastantes años, aunque alguna vez consultó con notables clínicos acerca de molestias é indisposiciones que sufriera. No conozco la opinión de éstos, ni si reconocieron la lesión que padecía. Supongo que sí.

Lo cierto es que, juzgando nada más que por los antecedentes, sin que nunca le hubiera reconocido, había dicho muchas veces á los

compañeros y amigos: «B. es cardíaco; ya lo veremos». Sintióse enfermo, le vieron algunos y me tocó el turno de que el enfermo deseara que le viera. Renuncio á describir el síndrome, porque era precisa y clarísima la *endocarditis reumática*, antigua, con lesiones valvulares, dilatación de las cavidades y tan avanzada ya, que á los dos ó tres días sobrevino un período *asistólico*, que se dominó, y después de varios días otro, que terminó con la vida de este enfermo.

¿Será acaso el reumatismo combinado ó asociado con alguna otra causa profesional (trabajos mecánicos) el que determine esas *hemoptisis* en sujetos jóvenes, robustos, de buenos antecedentes en todos sentidos, que sin otros signos ni preliminares patológicos, preséntanse á veces en la práctica cuotidiana y á quienes se ve curarse sin que tras el vómito de sangre quede rastro ni lesión alguna?

Observación 4.ª—Hace poco tiempo vino á mi consulta un joven de Mora (Toledo), de quince años, herrero, cuya salud y antecedentes no pueden ser más satisfactorios, que había sufrido dos ó tres hemoptisis, sin otro síntoma que pudiera servirme de guía, pues el joven aludido no ha estado enfermo desde niño, ni se ha alterado en nada la normalidad de todas sus funciones. Este joven parece curado, porque no ha vuelto á sufrir otra hemoptisis desde hace seis meses.

Observación 5.ª—El *mecanografista* que copia estos apuntes, don F. Izquierdo, fué presentado en mi consulta por el Sr. Zaragüeta, practicante mayor del Hospital de la Princesa, hace unos dos años por haber sufrido varias hemoptisis, que por falta de antecedentes hube de atribuir al uso de la máquina de escribir en sesiones de muchas horas seguidas.

El mismo podrá dar fé y relatar su estado actual.

He aquí lo que dice:

«En noviembre de 1895, cuando contaba treinta y dos años de edad, tuve una ligera hemoptisis, que por ser de poca entidad y no haberla dado importancia dos facultativos á quienes consulté sobre aquel fenómeno extraño que en mí observaba, después de veinticuatro años de excelente salud (pues sólo tuve sarampión á los tres años y unas calenturas á los ocho), no me preocupé más de lo ocurrido. Al repetirse con mayor intensidad en diciembre de 1898, tuve necesidad de quedarme en cama cuatro días y en casa otros ocho, durante los cuales me restablecí por completo, volviendo al fin de ese tiempo á mi habitual ocupación, hasta que en abril de 1899 experimenté la tercera manifestación de hemoptisis, que hube de consultar con el autor de este escrito. Desde entonces hasta hoy no he sufrido la más

leve alteración, aunque sigo ocupado en escribir con la máquina Remington unas seis horas diarias; pero divididas en dos sesiones».

Después he visto otros dos ó tres *mecanografistas* que han padecido *hemoptisis*, á mi juicio por la misma causa que el anterior.

A veces, aunque ya esto no es tan común, la congestión pulmonar se generaliza rápidamente tomando la forma del edema pulmonar de los aórticos ó de los brighticos, en que por la auscultación no se perciben más que estertores de burbujas gruesas y finas, como en la bronquitis diseminada; después de la aparición rápida de una disnea intensa, cianosis, frialdad de las extremidades, pulso pequeño, frecuente, incontable, descenso térmico y todos los signos, en fin, como si un tapón vascular hubiera obturado de pronto el grueso tronco de la arteria pulmonar, pues el enfermo muere á veces á los pocos minutos de presentarse tales síntomas.

Aran, Ball, Charcot y sobre todo Bernheim, que ha hecho un buen estudio del asunto, han relatado casos de esta naturaleza.

Imposible es, cuando se trata de casos en que la muerte sobreviene con gran rapidez, decidir si el hecho fué originado por una congestión extensa é intensa ó por una embolia de la arteria pulmonar. En casos tales, únicamente la autopsia puede dilucidar el diagnóstico.

Pero no siempre es tan rápida la muerte que no dé tiempo para comprobar clínicamente si se trata de una embolia ó de una congestión.

Aunque no es imposible, en realidad no existe ni un solo caso bien probado de arteritis reumática, fuera de los en que se han encontrado manifestaciones en el orificio aórtico.

La flebitis reumática, ya descrita por Bouillaud, debe ser algo frecuente, aunque no haya coleccionados más que unos cuantos casos debidos á Trousseau, Peter, Empis, Schmit, Vaquez, Saint-Germain, etc.

El reumatismo, en efecto, predispone á las lesiones vasculares, y sobre todo, á la coagulación de la sangre en el interior de los vasos, puesto que sobre estar aumentada la cifra de la fibrina—hiperinosis—en el líquido sanguíneo, durante el reumatismo existe verdadera tendencia—inopexia—á la coagulación ó sea á la formación de trombosis.

Que deben existir estas trombosis lo prueban, además de los razonamientos expuestos, los hechos clínicos de *embolias* capilares unas veces, de mayor volumen otras, que sin lesión cardíaca apreciable

donde pudo formarse el *trombus* convertido después en *embolias*, se observan en la práctica y se determinan por los síntomas característicos y por los datos suministrados por las autopsias.

La observación siguiente que trancribo de mi Tesis del Doctorado, *La embolia pulmonar*, es un ejemplo bastante instructivo respecto al asunto:

Observación 6.ª—Joven de veinticuatro años, casado, de mediana constitución. Venía padeciendo un reumatismo poli-articular con fiebre de mediana intensidad, sin otro síntoma torácico que alguna dificultad respiratoria con dolores de opresión en todo el pecho, pero sin que por ningún signo físico se demostrara una manifestación pulmonar. Tampoco se comprueban síntomas de endocarditis ni de alguna trombosis periférica, que explicara por la producción de embolias capilares, los signos torácicos, atribuibles por lo tanto á la fluxión reumática de los músculos de las paredes torácicas.

El curso del padecimiento, aunque irregular, evolucionaba sin complicaciones y sin que nada llamara la atención durante los catorce días transcurridos desde su aparición hasta las ocho de la mañana del décimo catorce de enfermedad en que continuaba en el mismo estado.

A las tres horas — once de la mañana — al sentarse en un orinal para efectuar una deposición, este enfermo es acometido repentinamente de los siguientes síntomas que pudieron comprobarse, pues acababan de sentar en la cama al paciente: cianosis considerable de los labios, ojos, orejas y de todo el rostro, por último, respiración extremadamente anhelosa y difícil, el pulso tan pequeño y veloz, que es imposible contar el número de sus latidos; ningún signo estetoscópico ni pleximétrico; pues el aire entra y sale con toda libertad en el pulmón, muriendo inmediatamente el enfermo.

No habiéndose permitido por la familia practicar la autopsia, imposible fué comprobar si el hecho era originado por una *embolia pulmonar*, pues además del émbolo hubiérase encontrado la trombosis periférica de donde procediera el tapón vascular, ó si el caso era sencillamente debido á una congestión pulmonar intensa generalizada, como en los referidos por Aran, Charcot y Bernheim.

Autores de gran nombre afirman que la embolia pulmonar no ha sido jamás señalada entre las complicaciones ó manifestaciones del reumatismo. No obstante, Bertin, ya en 1869, entre 66 observaciones de embolias pulmonares, recogidas por él, cita un caso en que la embolia fué originada por el reumatismo.

En el caso referido anteriormente, la presentación rápida de los síntomas, el verificarse precisamente al levantarse y hacer un esfuerzo—defecación—el enfermo, el carácter mismo de los síntomas y la falta absoluta de signos físicos, autorizan á creer que más que una congestión extensa fué una embolia de la arteria pulmonar la causa de la defunción.

Hé aquí otros ejemplos clínicos de congestiones pulmonares intensas en enfermos reumáticos:

Observación 7.ª—Don E. F., de cincuenta y seis años, teniente coronel retirado, presentóse en mi Consulta el día 1.º de marzo de 1900. Refiere haber sufrido enfriamentos y permanecido en sitios y parajes húmedos por espacio de bastante tiempo durante los años en que estuvo en operaciones militares; que á su consecuencia tuvo algunos dolòres en las articulaciones; nunca ha tenido edema de las extremidades, y en suma, que sin haber tenido ataques de reumatismo agudo, sino subagudo, y adquiriendo luego el carácter crónico, sin deformidades en las articulaciones, el enfermo convirtióse en *asmático* y después en *enfisematoso*, afecciones que, como se sabe, preséntanse tan comunmente, como en el curso de la gota, en el de las formas crónicas y mal definidas del reumatismo articular.

Del reconocimiento practicado resultó bien comprobado el enfisema pulmonar, y una, no muy acentuada, dilatación del ventrículo derecho, sin lesión valvular apreciable.

A los pocos días volví á ver en su casa al enfermo, al que perdí de vista hasta el 17 de mayo, en que se presentó nuevamente en mi Consulta para decirme que aunque nada había podido hacer del tratamiento, no se encontraba peor, pero que pensaba seguirle en cuanto estableciera su casa y que entonces me avisaría.

El 31 de mayo recibí aviso porque creía él haber sufrido un enfriamiento, y le encontré en cama con fiebre de 38°,8, quebrantamiento general y dolores por todo el cuerpo, pero fijándose con más intensidad en las articulaciones, disnea, y algunos estertores de burbujas finas y gruesas, diseminadas por todo el pecho. Dispúsele salicilato de sosa, y al día siguiente había desaparecido la fiebre, que no volvió á presentarse en todo el curso de la dolencia; los dolores tenían mucha menor intensidad; no se aprecian estertores, quedando únicamente la disnea, pero tampoco tan acentuada como al principio.

Continuó en este estado hasta el día 4 de junio, en cuya noche, y sin que el enfermo se levantara de la cama ni cometiera transgresiones de ningún género, según me refirieron «acentuóse la disnea,

le sonaba mucho el pecho y poníase morado algunas veces al toser». No fuí llamado ni avisado ningún otro colega, contra lo que tenía encargado, y en la visita de la mañana siguiente encontré al enfermo en el estado siguiente :

La expectoración, hasta entonces escasa, blanca y espumosa, contenía alguna estría sanguinolenta, roja; el pulso, pequeño y frecuentísimo; temperatura, 36°,7; frialdad de las extremidades, que se hallan cubiertas de sudor, así como el semblante; lengua gorda, cubierta de una espesa capa blanco-sucia y cianótica en los bordes y punta, así como los labios, mejillas, orejas, etc.; respiración difícil, superficial, entrecortada; sonido obscuro en todo el tórax á la percusión; apenas se percibe la entrada del aire en el pulmón, ni se oye otra cosa que numerosos estertores de burbujas finas y gruesas diseminados por todo el área pulmonar.

El diagnóstico era evidente en este caso : *congestión pulmonar generalizada*; el pronóstico también lo era. Murió, en efecto, á las dos horas.

Observación 8.ª—Don Alberto Rodríguez Batista, de cincuenta y cinco años, buena constitución y salud habitual, presentóse en mi Consulta el día 6 de junio de 1900. Refiere que en el año 1873 padeció una blenorragia, en cuyo curso cometió la imprudencia de darse un baño, y tuvo manifestaciones articulares (pseudo-reumatismo), de que curó con los baños de Alhama de Murcia.

Desde entonces hasta el año 1897 ha estado, con intervalo de poco tiempo, en Filipinas, donde desempeñaba el cargo de Gobernador civil de una de las islas del Archipiélago, disfrutando siempre excelente salud.

A su regreso á Madrid, habitó un piso bajo que es verdaderamente un subsuelo, porque sus techos están al nivel de la calle por la parte posterior ó adyacente de la casa. Era húmedo, por lo tanto, y obscuro, dicho piso bajo.

A los pocos meses — septiembre 1898 — sintió un dolor en la región posterior torácica izquierda, que partía en dirección vertical desde la parte media de esta región, al nivel y á la izquierda de la séptima apófisis espinósa, hasta el borde costal, siguiendo por toda la región lateral y antero-inferior; está disminuída la sonoridad algún tanto, y se perciben claramente en toda la zona ruidos de roce y disminución del ruído respiratorio; retracción marcadísima de la pared torácica, que obliga al enfermo á inclinarse hacia adelante y á la derecha.

A los pocos días de presentarse este dolor sintió también dolores y dificultad en los movimientos de ambas rodillas, los que desaparecieron, aunque ha vuelto á tenerlos otra vez ligeramente; el primer dolor no se le ha modificado nunca.

No recuerda si tuvo fiebre, aunque sí refiere haber tenido calofríos y estar inquieto por las noches.

El enfermo está desnutrido, con gran pérdida del apetito y anémico.

Los ruidos cardíacos son normales, pero están algo alterados en su tono, pues son más obscuros; está aumentada la zona de matidez precordial y se perciben también frotes característicos de que, no solamente existe una *pleuresía izquierda reumática*, sí que también *pericarditis* del mismo carácter, como lo indican el comienzo de la afección, los antecedentes y predisposición del enfermo, las condiciones de su habitación y el síndrome que sucintamente queda esbozado.

No volví á ver ni á saber de este enfermo, pariente de un médico muy distinguido de esta corte, hasta el día 9 de octubre de 1900, en que me avisaron para ir á su casa, á la que fuí á las cinco de la tarde, encontrándole en el siguiente estado: Quejábase de fuertes dolores en la región donde radicaba la pleuresía; en esta zona era completa la *abolición del murmullo vesicular*, contrastando con el resto del tórax, donde *se oyen gruesos estertores* que se perciben aun á distancia; no tiene tos, ni expectoración, pero tiene gran disnea, labios cianóticos, frialdad en las extremidades, y no se percibe el pulso en las radiales. La inteligencia, no obstante, es clara y despejada en absoluto.

Díjome que había tomado dos gránulos de Franck que le produjeron dos ligeras deposiciones. Ha orinado poco.

La lengua está ligeramente saburrosa, algo gorda y levemente cianosados sus bordes.

Los latidos cardíacos son veloces, tumultuosos, pero no se aprecian ruidos anormales.

El diagnóstico era evidente: *congestión pulmonar intensa y extensa.*

El pronóstico también era clarísimo: en efecto, murió á las siete de aquella misma tarde.

Transcribo con gusto los siguientes párrafos de Rendu, que confirman, como se ve, estas opiniones que la Clínica enseña y que hace ya muchos años he venido sustentando en mis publicaciones.

«En la Clínica del Dr. Rendu presentó una joven accidentes pulmonares sumamente graves, que evolucionaron como verdadero reumatismo pulmonar. Es ésta una forma morbosa muy característica, sobre la cual se ha discutido mucho, y que debe ser bien conocida, pues puede producir muy rápidamente accidentes de mucha gravedad.

»El reumatismo del pulmón se produce con ó sin concomitancia de los accidentes articulares. Lo primero es lo más frecuente; las articulaciones son atacadas primero, y luego sobrevienen los accidentes pulmonares. Su carácter general es la brusquedad de la invasión, que se revela, sobre todo, por disnea, sin que haya dolor de costado que indique la participación de la pleura.

»Otro punto muy especial en esta forma es la bilateralidad de las lesiones, cuando en las infecciones pneumocócicas, por ejemplo, la localización es casi siempre única. Así, en el reumatismo pulmonar, hay que reconocer siempre los dos lados, aun cuando no sea muy aparente la manifestación bilateral.

»Por último, tiene un curso especial caracterizado por la variabilidad de los accidentes que pasan de un punto á otro con grandísima rapidez, y admira la analogía que existe entre las fluxiones pulmonares tan movibles y las fluxiones de las articulaciones. La naturaleza de la lesión pulmonar es también comparable á la de la lesión articular; es superficial, sobre todo fluxionaria, sin tendencia á la supuración, y se resuelve con gran rapidez. Por último, la evolución de los accidentes, las recrudescencias después de falsas desfervescencias, son también muy características y recuerdan igualmente lo que ocurre en las articulaciones.

»No hay, necesariamente, proporción de gravedad entre los accidentes articulares y los pulmonares. Sin embargo, de un modo general, los accidentes viscerales aparecen de preferencia en las formas graves de reumatismo.

»El reumatismo pulmonar es, por otra parte, muy diferente de la neumonía incipiente. No hay el calofrío inicial ni el vómito, tan habituales en la neumonía. No hay tos ni esputos, sino una disnea generalmente muy intensa por estar atacados simultáneamente los dos pulmones. El aspecto general tampoco es el de la neumonía; los signos físicos son muy diferentes: primero se aprecia la existencia de un soplo suave que puede tornarse tubario más tarde, pero que jamás va acompañado de estertor crepitante. Esto depende de que el pulmón solamente está infiltrado de líquido y no contiene exu-

dado sólido. Así se aprecia submacicez y no macicez. En suma, hay menos profundidad en las lesiones y más extensión. La evolución no es, por otra parte, cíclica: puede además tener una duración muy variable, pasando de cuatro ó cinco semanas, aunque, por lo general, no excede de quince á veinte días.

»Tales son los caracteres principales del reumatismo pulmonar; pero estos accidentes pueden agruparse ó evolucionar de tal modo, que constituyen formas clínicas bastante diferentes. Una de las más importantes es la que reviste el aspecto del catarro sofocante. En pocas horas se llena el pecho de estertores y sobreviene la asfixia, más ó menos completa, con grandísima rapidez. Sin embargo, las formas subagudas ó crónicas, confinando con la bronquitis y el enfisema, son mucho más frecuentes.

»Desde el punto de vista terapéutico, el salicilato de sosa no tiene acción muy eficaz sobre estas manifestaciones pulmonares reumáticas. Mejor obra la antipirina, y mucho mejor aún la digital asociada al opio (durante dos ó tres días). Puede recurrirse también á la cafeína sin descuidar los medios externos (envolturas húmedas frías generales ó locales y ventosas secas). Por último, en los casos de disnea intensa, es excelente la sangría».

Mejor que en la antipirina tengo confianza en la sangría, que, por otra parte, suele ser de una indicación vital, urgentísima en ciertos casos (como ha ocurrido en la enferma de nefritis y congestión pulmonar de que he hablado), en que hay que prescindir de todo, hasta de la contraindicación morbosa, como lo es el reumatismo, que trae aparejada como consecuencia una anemia casi siempre intensa. Las emisiones sanguíneas locales (sanguijuelas, escarificaciones) y los revulsivos, deben dejarse para los casos de menor intensidad ó rapidez en su evolución.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Les services sanitaires d'Espagne en Afrique, por el Dr. D. Angel de Larra Cerezo. Madrid, 1900.

II. Medios de disminuir la mortalidad en Madrid. Memoria premiada por la Sociedad Española de Higiene en el Concurso público de 1900, por el Dr. D. José Ubeda y Correal. Madrid, 1900.

I

Aparece escrito en francés este trabajo, por tratarse de una comunicación dirigida por el distinguido médico militar español, Dr. Larra Cerezo, al X Congreso Internacional de Higiene y Demografía, celebrado en París en agosto de 1900.

Clasifica en tres grupos los servicios sanitarios organizados por España en Africa: el primero comprende al de las Islas Canarias, que en nada se diferencia de los establecidos en la Península. Señala el dato de que la mortalidad de la guarnición militar de Canarias es de 3 á 6 por 1000, y que en 1893 no falleció ningún militar en los residentes en aquel Archipiélago, lo cual abona en favor de las condiciones climatéricas de aquel territorio.

En otro grupo se refiere á los servicios sanitarios en Ceuta, Melilla, Chafarinas, Alhucemas y Peñón de la Gomera, en donde se hace la Cirugía y Medicina con inteligencia y laboriosidad tan notoria entre los médicos del Cuerpo de Sanidad Militar, afanosos en su trabajo por demostrar su abnegación y espíritu caritativo.

Se ocupa también de otra obra civilizadora de España en Africa, ó sea de la fundación de la Escuela de Medicina de Tanger, por el Dr. Ovilo, así como de los elementos científicos y sociales en favor del progreso en el orden biológico y de la geografía médica de Africa, estudiada por médicos españoles, y condensadas en trabajos de gran mérito que han contribuído al estudio de la patología de aquel país.

Este trabajo, que pone de relieve la obra civilizadora de España en Africa, merece el aplauso más entusiasta para el Dr. Larra y Cerezo, pues da á conocer la labor de un Cuerpo tan distinguido como el de Sanidad Militar Español, y tan admirado por su progresivo desenvolvimiento en el orden científico.

II

Esta obra está juzgada por la Sociedad Española de Higiene, que en público concurso otorgó con indiscutible acierto el premio á tan excelente trabajo, del cual es autor el conocido escritor por la clase médica, el incansable académico y peritísimo farmacéutico de Sanidad Militar Dr. Ubeda y Correal.

Estudia en ella todas las causas patológicas que Madrid encierra, por su topografía y medios de vida que influyen constantemente en la salud de sus habitantes.

Puede decirse que es un trabajo completo, como lo demuestra el índice de sus conclusiones referentes á la higiene de la atmósfera, al terreno, á las aguas, á las construcciones, á la vía pública, á la alimentación, á las casas de dormir, casas para obreros, teatros, cafés, lavaderos y baños, panaderías y vaquerías, fábricas y establecimientos análogos, escuelas, cementerios, referentes á los niños abandonados y á la defensa contra las enfermedades contagiosas.

Para el planteamiento de las disposiciones comprendidas en esta Memoria, señala oportunas disposiciones generales, con lo cual termina este interesante trabajo, por el que su autor merece el aplauso de la sociedad en general.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 11 *de Marzo de* 1901.

Un caso tratado por la fototerapia. —El Dr. Farinós: Suponiendo que se trata de un caso de mucho interés, el cual está asumido desde el punto de vista médico y quirúrgico, sin contar con el que puede despertar el nuevo tratamiento de la *fototerapia*, es por lo que he traído este caso complejo, en el que no sólo se pueden deducir enseñanzas, sino para que me ayudéis á trabajar en favor de la ciencia, para lo que necesito el concurso de los médicos y de los cirujanos. Este niño tenía una historia muy larga; yo le ví por influencias de un compañero dedicado á la dermatología; me refiero al Dr. Pardo Regidor, y siento que no esté aquí para que él, mejor que yo, os hiciera la historia; pero he aquí los datos que yo he podido recoger.

Me encontraba en la Clínica del Dr. Pardo cuando se presentó la madre con este niño, después de haber estado en las consultas del Hospital del Niño Jesús, de la Monclova, de las Casas de socorro, y el Dr. Pardo me preguntó si la fototerapia podría influir en beneficio del niño, dije yo que haría la prueba, y el pequeño fué á mi casa. Tiene tres años y medio y está enfermo hace dos; es hijo de padres cuya diferenciación es muy notable; la madre es joven y el padre relativamente muy viejo; fué lactado con dificultades deficientemente; en algunos meses fué la lactancia perniciosa, pues la madre quedó embarazada, y por más que me hiciera observar que era muy hermoso y muy robusto, no había tal en mi sentir. Al año justo el niño presentó un pequeño absceso en la mano derecha y otro en la mano izquierda; vino la supuración, tras ella la propagación del proceso, y esto la obligó á recurrir á varias consultas públicas. Con todo esto, hace seis meses se presentó una erupción en la cara, nariz y labios. Al mismo tiempo había insomnios, inapetencia completa, cantidad de orina escasa, las funciones gastro-intestinales imposibles, vientre de rana con timpanización, tenesmo, etcétera, etc., todo el cuadro sintomático de una miseria fisiológica manifiesta. Llámese tuberculosis, retardo de la nutrición ó lo que se quiera, el hecho es que el individuo se presentaba, no sólo como candidato á la tuberculosis, sino que era expresión de una miseria fisiológica, como ya he dicho. Entre esta multiplicidad de cosas, se explicaban perfectamente las manifestaciones de que antes hablé, las manifestaciones tumorales en los lados del cuello, y después de ver estos flemones difusos de ambas manos que invadían hasta el tercio superior de los antebrazos, no había duda de que se trataba de varios procesos que obedecían á una sola causa.

¿Pudiera ser esta causa las afecciones sifilíticas?; he tenido dudas vagas, fugaces, y las he desechado.

Veamos el punto culminante, que es el tratamiento.

Partiendo de la base de que lo que tenía el individuo era lo que os he dicho, y prescindiendo de cuestiones de dermatología, no dudé que aquello era un eczema, y por lo tanto, no vacilé en dirigir el tratamiento á este sitio, cualquiera que fuese la teoría que sobre el particular se aceptase, la de la escuela francesa ó la parasitaria de Unna. Como para mí todas estas manifestaciones no obedecían más que á una sola causa, le sometí á un tratamiento general: le introduje en la cámara de iluminación por incandescencia á una temperatura de 35° durante quince minutos, y al cabo de tres sesiones, las costras de este eczema labial hipertrófico empezaron á desprenderse y el dermis y el epidermis se fueron fijando hasta la forma en que hoy lo véis después de quince sesiones.

Al mismo tiempo que esto ocurría, el niño presentaba fiebres diarias con calofríos, que yo atribuí á los abscesos de ambos lados del cuello.

Desapareció el insomnio, volvió el apetito, y el pus, la supuración fluente, icorosa de ambas manos desapareció y se tornó loable, de buena calidad, quedando reducidos los flemones difusos á lo que habéis visto, y se encuentra en condiciones de resistir el tratamiento local.

Esto á grandes rasgos sin entrar en más detalles. Habéis visto el resultado que la luz ha tenido con respecto al eczema; en cuanto á los abscesos y flemones, sin necesidad de dilatación han venido como absorbiéndose y me-

jorando. El estado general es mucho mejor, aun cuando hoy le véis un poco abatido, porque hace cuatro días que ha sufrido una intoxicación por haber tomado leche en malas condiciones; por esto no he podido activar el tratamiento. No me he resuelto á usar la fototerapia en las manos, porque, á mi modo de ver, se trata de un proceso tuberculoso, y hay que producir la isquemia de los tejidos. En el metacarpo pudo llegar á producir esta acción, pero en los dedos es muy difícil, y á mí se me había ocurrido emplear la venda de Esmarch, de la cual soy enemigo, por regla general. He pensado hacer una amplia dilatación y luego la isquemia en sentido opuesto á como la hace dicha venda para evitar así la emigración al interior de los productos patológicos y llevar hasta el fondo del proceso la acción actínica y microbicida de las radiaciones luminosas.

Sobre el tratamiento quirúrgico de la apendicitis. — El Dr. Barragán: Con la presentación de cuatro casos de apendicitis, se planteó el debate de esta cuestión. Ciertamente, yo no debiera terciar en el debate, porque en estos asuntos de orden quirúrgico se necesita la experiencia personal de un buen número de casos, que yo no he podido reunir. Sin embargo, buscando y rebuscando, encontré los siguientes que voy á exponer:

Uno de ellos se publicó en la Revista de Medicina y Cirugía prácticas (1).

El otro caso ingresó en el Hospital de la Princesa el 15 de agosto de 1898. Era el enfermo natural de Amaga (Badajoz), de cuarenta y ocho años, carpintero de oficio, cuya historia es la siguiente: Siempre gozó de salud perfecta, no ha tenido trastorno alguno por parte de su aparato gastro-intestinal.

En abril del 98, sin causa apreciable, comenzó á sentir de pronto un dolor difuso abdominal, poco intenso al principio y que fué aumentando poco á poco, haciéndose casi intolerable. Pasadas algunas horas, el vientre comenzó á distenderse, doloroso en general, pero más en la fosa ilíaca derecha, vómitos repetidos y estreñimiento. Esta crisis terminó á los cuatro ó cinco días, quedando bien durante seis ó siete semanas, para presentarse un nuevo ataque semejante al anterior, crisis que se han repetido en la misma forma á intervalos hasta la fecha.

Impotente para el trabajo, y con verdadero terror, se presentó en el hospital, manifestando que eran tales sus sufrimientos durante el ataque y tan exagerada la pérdida de fuerzas, que muchas veces, antes de reponerse de una crisis, se le presentaba otra. Fué tratado con opio, cataplasmas y purgantes.

Cuando se presentó á nuestra observación, hacía tres días del último cólico apendicular. Su estado general era poco satisfactorio: demacración, pulso irregular y frecuente, lengua saburrosa, gastricismo, ningún apetito, vientre doloroso á la presión, semiblando en todas sus zonas, excepto en la ilíaca derecha, donde se percibía un tumor por encima y dentro del ligamento de Falopio, excesivamente doloroso á la presión, tanto que en algunos momentos quedaba el enfermo pálido y contraída su cara. Le recomendamos

(1) Número 664, pág. 133. Casos operados bajo la acción analgésica intrarraquídea de la cocaína

quietud en cama, dieta láctea, hielo é inyecciones de morfina. Se calmó el dolor, pero el tumor continuaba de la misma forma y dimensiones, y decidimos operarle el 22 de agosto

Incisión paralela al arco crural, profundizando capa por capa hasta el peritoneo, abertura de éste y busca del tumor, el cual, encontrado, resultó que era el apéndice, como se suponía, dilatado, engrosado, duro, poco movible y lleno de concreciones duras. Separado de algunas adherencias, se le extirpó, haciendo una sutura doble muco-mucosa y sero-serosa, tres planos de sutura en la herida abdominal.

El curso post-operatorio fué apirético, y nada importante surgió digno de mencionarse; salió curado á los veinticinco días de su ingreso.

Otro caso ocupa actualmente la cama núm. 1 de la sala de San Fernando, á cargo del Dr. Ustáriz. Hace ocho años comenzó á padecer de trastornos gastro-intestinales, representados por cólicos más ó menos intensos, seguidos de diarrea, abultamiento de vientre y dolor en la fosa ilíaca derecha; estos cólicos que iban seguidos de astricción pertinaz se repetían cada tres ó cuatro meses, con vómitos tan exagerados algunas veces, que eran seguidos de verdaderas gastrorragias. Ha tenido varios abortos y algo en la matriz y anejos, lesiones que han desaparecido, puesto que en el reconocimiento nada se ha podido comprobar.

Esta enferma, en el tiempo que lleva en el hospital, ha tenido cuatro ataques de crisis, y reconocida la fosa ilíaca derecha, no existe el dolor localizado, es difuso, hay un tumor que se escapa de entre los dedos, hay algo de chapoteo en la región del ciego, las deposiciones son caprinas y la tumefacción del abdomen es muy grande. Se ha diagnosticado de apendicitis crónica y será operada uno de estos días.

El otro enfermo estuvo tres ó cuatro años en Filipinas, tuvo su disentería, que se hizo crónica, y grandes hemorragias en forma de melena. Hace dos semanas, estando en el teatro, empezó á sentir un dolor grande, intenso en el abdomen, perdió el conocimiento, que recobró pronto, y cuando yo fuí á verle, me encontré que los vómitos y el colapso habían cedido, persistiendo el dolor en la fosa ilíaca, timpanización de vientre, y el pulso algo discordante; y en vista de esto, le puse el tratamiento general, quietud absoluta, inyecciones de morfina y dieta láctea, hoy se encuentra bien, quedándole solo algo de pastosidad en la fosa derecha.

Aquí terminaría si me hubiera de contentar con la exposición simple y pura de los casos clínicos. El cirujano debe saber qué apendicitis deben operarse y cuáles no. El Dr. Bravo aseveraba que las apendicitis no tienen tratamiento médico, que se debe operar en el momento que se diagnostican. Yo creo que no. Yo dividiré las apendicitis en dos tipos: el primero, ó tipo médico, es aquel en que la enfermedad comienza por un cólico con vómitos, dolor en la fosa ilíaca, etc.; este cólico está bajo la dirección del médico, es una apendicitis simple de tipo primitivo, que sigue su curso sin ofrecer á nuestra observación nada que nos haga pensar en la perforación; el segundo, los casos de repetición, indican que el proceso continúa, que hay adherencias peritoneales, y cuando estos casos llegan, el cirujano debe tomar el puesto del médico y saber si ha de intervenir ó no. Yo soy intervencionista, pero no tanto que crea que deben operarse todas las apendicitis, pero hay ciruja-

nos que creen que debe operarse siempre, y que los enfermos que se mueren se hubieran salvado operándolos antes, fundándose en que algunos enfermos mueren de peritonitis difusa séptica, llegando tarde para intervenir; esto es verdad, pero hay que tener presente que las peritonitis sépticas consecutivas á apendicitis no se presentan más que un 10 por 100 de casos, y en la duda, bien merece sacrificar los 10 por los 90. Lo menos que se le puede pedir al cirujano es que con su intervención no agrave la situación del enfermo.

Tenemos también las apendicitis, que por sus síntomas revelan la fase preparatoria de la perforación; estas formas son también del dominio del cirujano, interviniendo con rapidez, sea en el período de crisis, ó en el de calma.

Otra cuestión de importancia es saber lo que no debemos hacer en la apendicitis: no se debe operar en el primer período; no se debe administrar purgantes, porque los devuelven por vómitos ó aumentan los movimientos intestinales y acentúan el proceso; no se debe dar opio porque paraliza el intestino, calma aparente que puede engañar haciéndonos creer que el enfermo está mejor y resultar después que está peor. Lo que se debe hacer es aconsejar quietud absoluta, dieta láctea, hielo localmente é inyecciones de morfina. Cuando pasan tres ó cuatro días y el proceso continúa, sigue el dolor y el pulso se hace discordante, entonces está indicada la intervención quirúrgica.

Resumiendo: las apendicitis no deben operarse más que en frío, en el período de calma; en las peritonitis sépticas difusas, la intervención no sirve para nada; se deben operar todas las de repetición, y, por último, que deben operarse siempre, en crisis ó en calma, todas las apendicitis que, por los síntomas, nos pueden hacer creer que van á ser supuradas.

El *Dr. González Campo* dice que en este debate parece que la tendencia es intervencionista; pero él, con menos autoridad, viene á decir que no parece sino que jamás se han curado apendicitis médicamente tratadas. Es, á su juicio, una exageración, asegurar que las apendicitis no tienen tratamiento médico, como lo es colgar al apéndice los milagros de todo lo que ocurre en sus alrededores, como si no existiera el ciego ó no pudiera enfermar.

Se declara intervencionista circunstancial, porque sabe de enfermos bien diagnosticados de apendicitis, que se curaron sin necesidad ninguna de operación.

Sí se admiten apendicitis de tres órdenes: aguda ligera, supurada y gangrenosa, la primera puede ser susceptible de tratamiento médico y las otras dos del quirúrgico.

Opina que para el tratamiento se debe atender al estudio de la temperatura y del pulso y al estado local, y que siempre que transcurran sin notable mejoría de los accidentes peritoneales veinticuatro ó treinta y seis horas, se deberá operar; si la temperatura se mantiene alta, ó si al caer la fiebre el pulso sigue frecuente, también debe operarse, y lo mismo en los casos en que falte la expulsión de gases por el ano.

Afirma que debe administrarse el opio al interior, aconsejar el reposo en decúbito supino, la dieta hídrica y el hielo en la fosa ilíaca, absteniéndose de purgantes.

El Dr. Ortega: Lamento que no esté el Dr. Bravo, pues he de hacer algunas consideraciones contra lo que ha dicho en noches pasadas, he de objetarle sobre lo que dijo, sobre lo que hizo y sobre lo que no hizo. En una de las intervenciones más urgentes aplazó la operación por temor de que el enfermo se le quedara en las manos y el enfermo sucumbió; claro es que siempre se hubiera muerto, pero el cirujano debe operarle por estar indicado.

Se declara partidario de la expectación armada, para emplear el cuchillo en el momento preciso sin vacilaciones ni dudas cuando surja la indicación, caso de perforación, peritonitis local ó difusa, ó en frío si la frecuencia de las crisis lo indica.

Citó el caso de una apendicitis traumática á consecuencia de un golpe contra una caña de pescar, que curó sin operación y sólo por medios médicos, opio, dieta láctea y fomentos de sublimado calientes que el mismo enfermo reclamaba en cuanto le faltaban, enfermo que rechazó la intervención una vez pasada la crisis, intervención indicada por lo turgente que quedó su apéndice, tanto que me hizo sospechar si habría además algún adenoma concomitante, sospecha que corroboraba la indicación de intervención por el enfermo no aceptada.

Y recientemente otro enfermo que tuve ocasión de ver en la consulta del Dr. Perez Fábregas, al que aconsejamos dicho compañero y yo el ingreso en una sala de cirugía por si se presentaba la indicación operatoria, pudiera ésta ser realizada de momento, enfermo que salió curado sin que hubiera necesidad de operación.—Dr. Eduardo Toledo.

PERIÓDICOS

Onfalorragia tratada por oclusión.—En *La Unión de los Médicos Titulares de España* (1) publica D. Francisco Oliva el caso clínico referente á un niño de pocos días con hemorragia umbilical. Había asistido á la madre en el momento del parto por placenta engatillada, y el niño había nacido en estado de muerte aparente. De antiguo conocía á la familia del niño por una y otra línea, y sabía que no había antecedente alguno morboso. Caído espontáneamente, y á su debido tiempo, el cordón umbilical, pasados tres ó cuatro días del desprendimiento empezó á fluir sangre de la cicatriz, sin poderse precisar vaso ni rasgadura de salida; empleóse percloruro de hierro, polvos astringentes, cauterización con nitrato de plata, compresión con algodón y vendaje y algún que otro medio de los recomendados en tales casos, y todos ellos eran seguidos de cesación de la hemorragia, que volvía á aparecer de nuevo á las pocas horas; y como tal estado llevaba de existencia tres días, daba por resultado el desangre lento de la criaturita.

En el momento de la inspección la situación del niño era alarmante: exageradamente pálido, con la piel y extremidades bastante frías y con los ojos

(1) Este extracto está hecho directamente de este periódico, sin que respondamos que sea original del mismo; aclaración que hacemos para evitar reclamaciones de prioridad.

desviados en estrabismo patético, parecía que las convulsiones iban á poner fin en poco tiempo en aquella vida.

Abrigóse lo mejor posible la superficie cutánea, se puso al descubierto el ombligo, y lavado con agua bórica templada no se podía apreciar más que una superficie rojiza, que á poco, y sin saber de dónde, se llenaba de sangre sumamente flúida, é igual sucedía tras de nueva limpieza. Tocóse con nitrato de plata, después con percloruro de hierro, pero una y otra vez, y á poco tiempo, vuelta á llenarse de sangre y á repetirse las cosas de la misma manera.

Ocurriósele entonces ocluir completamente el ombligo, y para ello procedió del siguiente modo: después de lavar cuidadosamente con el agua bórica al 4 por 100, fué colocando pequeñas planchuelas de algodón boratado, superpuestas de tal modo, que las superiores cubrían algo más que las inferiores, hasta que llegaron á sobresalir como dos traveses de dedo fuera del ombligo y uno de altura sobre la piel del vientre; sujetó comprimiendo esta cubierta con tiras de aglutinante estrechas, y con el largo suficiente para poder afirmarlas á la piel, cruzadas unas sobre otras hasta formar una especie de rodaja uniforme, y embadurnó todo ello con colodion; una fajilla fina de hilo completó el apósito.

A las dos horas, en vista de que la hemorragia no reaparecía, se retiró el Dr. Oliva, recomendando que á la primera señal de sangre limpiasen y embadurnasen con el colodion y se alimentase al enfermito con cucharaditas de leche tibia, ya que la succión le era imposible por falta de fuerzas.

A este propósito dice: «De las conclusiones de Grandidier, copiadas por Bouchut en su *Tratado de las enfermedades de los niños*, sacadas de 202 observaciones, de las cuales en 71 la hemorragia había sido posterior á la caída del cordón, resulta que aquélla se verificaba del quinto al noveno día; que la sangre salía rastreando, rara vez por un orificio distinto; que esta sangre era incoagulable; que la hemorragia es mortal en las cinco sextas partes de los casos; que la ha visto producirse con frecuencia en niños procedentes de familias hemofílicas; que en ocasiones se desconoce la causa de ella; que la muerte puede sobrevenir entre una hora y tres semanas, en este último caso por aniquilamiento, y que la autopsia revela vicios de conformación del hígado, conductos biliares, ictericia, flegmasía de los vasos umbilicales, etc.

Considera Bouchut que esta hemorragia es poco frecuente, que se presenta en niños atacados de púrpura, que el pronóstico es muy grave, y que á excepción de la ligadura en masa del cordón umbilical, practicada como aconsejan Jenkins y Bowditch, es el único medio que ha dado satisfactorio resultado.

Moreau, en su *Tratado práctico de los partos*, sólo se ocupa de la hemorragia por avulsión del cordón, y aconseja la compresión con planchuelas y compresas graduadas, sostenidas por un vendaje.

Lewis Smith, en su *Tratado de las enfermedades de la infancia*, conviniendo en la mayor parte de las conclusiones de Grandidier, aunque sin citarle, recomienda inyectar en los vasos un estíptico, aplicar al ombligo por medio de compresas ó esponjas un hemostático, cubrir el ombligo con escayola seca ó humedecida, la compresión digital, y como el más eficaz, aunque doloroso, la ligadura en masa».

No viendo aconsejado el medio utilizado por el Dr. Oliva no pudo menos de tener intranquilidad, pues es claro que de haber tenido presente lo antedicho, hubiese practicado la ligadura; pero algo le tranquilizaba que lo empleado tenía bastante semejanza con lo de la escayola, y á su parecer con ventaja sobre ella, pues dicho medio ni siempre lo hay á mano en buenas condiciones en pequeñas localidades, ni su poca solidez contra las humedades daban muchas garantías, y por último, no era difícil llegar á tiempo de ligar.

Al segundo día de hecha la oclusión asomó una manchita de sangre; tapóse con colodion el sitio manchado y al noveno día se desprendió todo el apósito quedando una buena cicatriz. El niño se repuso lentamente, y hoy, cumplidos con exceso cuatro años, no se echa de ver nada de lo ocurrido.

Caso de hidrofobia. — En la *Revista Balear de Ciencias Médicas*, publica el Dr. D. Jenaro García Pons, el caso de hidrofobia recaído en Juan Tomás Vives, de once años, el cual manifestó, que desde por la mañana sentía un dolor pungitivo en el oído derecho, que se extendía por la región parotídea, no de una manera continua sino por intervalos, y sin que la presión lo aumentase; nada de tumefacción, ni calorificación, ni coloración externa é interna de dicha región ó conducto. El pulso era algo frecuente y pequeño, y la temperatura 36°,2. Siendo ya de noche, con el objeto de proseguir el examen encendió una bujía, y con sorpresa observó que al ponerle la luz delante, saltó del asiento, huyendo todo sorprendido, con una respiración acelerada, disneica, que le hizo romper en afligido llanto, tornándose desde este momento huraño á mis preguntas; su mirada era azorada y penetrante, y con las pupilas dilatadas. Por segunda vez repitió la exploración con dicha luz, observando que con mayor vehemencia se acentuaba el horror, miedo y sobresalto, siendo sus palabras precipitadas y bruscas al preguntarle.

El niño no había recibido ningún susto, ni padecido enfermedad alguna.

El Dr. García Pons le aconsejó se marchase á su casa, prescribiéndole una poción bromurada ínterin apareciesen nuevos datos para poder encauzar el diagnóstico de su enfermedad.

Cinco horas después de la primera visita recibió aviso de pasar á su casa, advirtiéndole por el camino el que le acompañaba, que este niño había sido mordido por un perro de caza lebrel, hacía siete semanas, habiéndole producido cinco mordeduras, no habiendo su familia avisado ningún médico, pero sí aplicado su madre, una pomada que le ordenó un intruso, habiendo curado bien.

Al llegar á su casa observó los síntomas siguientes: El niño se hallaba agitadísimo por un delirio furioso y convulsiones clónicas, estando sujetado por sus padres y vecinos, dando saltos y gritos. Así como pudo, le reconoció las heridas, que estaban cicatrizadas con bastante deformidad, notándose en dos de ellas, un equimosis negruzco; tenía los ojos centelleantes y convulsivos, y las pupilas extremadamente dilatadas; manifestando, además, un marcado horror á la luz y al agua. Le indicó una poción de cloral bromurada.

Por la mañana del día siguiente, era horroroso el cuadro sintomatológico que observó. El niño seguía agitadísimo, con deseos de morder, rompiendo

todo lo que podía coger con las manos, pañuelos, etc.; pérdida del conocimiento, con gritos y llanto, acompañándole una salivación abundante, babosa, pegajosa, escupiendo continuamente, é iniciándose más tarde un pulso veloz y filiforme, con baja notabilísima de temperatura, falleciendo á la una de la tarde del mismo día, habiendo transcurrido desde su primera visita hasta su muerte, unas diecisiete horas.

Se trataba de un caso de diagnóstico positivo de hidrofobia.

Hay que observar, que desde la fecha en que este niño fué mordido, hasta la manifestación de la enfermedad, transcurrieron siete semanas, habiendo su familia prescindido de toda intervención médica en los momentos del accidente y aun después, anulando este motivo, la oportunidad de poder investigar el estado del perro que le mordió.

La gravedad del presente caso, es de deducir que se inició en los momentos que el enfermo requirió mis servicios, pues ya se notaba en él, el aviso de la invasión de la hidrofobia, explicándose subsiguientemente, que las punzadas de dolor que acusó en un principio, no eran más que retoques de vivas hiperestesias nerviosas, acusativas de la infección de dicha enfermedad, y confirmadas en el transcurso de su evolución rápida y mortal, con que vino á terminar.

Juzgada la situación gravísima del enfermo, ante el síndrome confirmado de la hidrofobia, una tenaz resistencia del enfermo inhabilitó el medio de poder emplear ningún recurso terapéutico sedante, pues su delirio furioso y exaltación dominante, á todo se sublevaba y resistía, y como quiera que en este período de la enfermedad, son del todo impotentes los recursos de la ciencia, de aquí que sea deceptivo para todo médico, el tener que rescindir sus esfuerzos y labor científica ante tan terrible proceso, que así como es indómito y cruel en las postrimerías de su arraigo, es vencible, cuando en los primeros momentos de su contagio se va en busca de los auxilios de la ciencia, gracias á los adelantos de que hoy se dispone. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 12 *de Marzo de* 1901.

Apendicitis. Nota helmintológica. — El Dr. Metchnikoff: He examinado las deposiciones de una enferma que había padecido varios ataques de apendicitis. Encontré ascárides y huevos de ascárides. Se empleó el tratamiento vermífugo dos veces, y la enferma no ha vuelto á padecer apendicitis.

El Dr. Lemoine me ha referido dos casos análogos.

En estos tres casos, el diagnóstico microscópico permitió conocer la causa

verdadera de la enfermedad y evitar la intervención quirúrgica. Recientemente se ha publicado otro caso en el que la apendicitis curó, no por el tratamiento vermífugo, sino por la expulsión espontánea de una lombriz.

Estos casos no son los únicos que se citan. Hace sesenta años Becquerel, al practicar la autopsia de un niño, encontró varios ascárides en el peritoneo y dos «estrangulados en una perforación de la extremidad del apéndice vermiforme». Davaine y Natal han referido casos parecidos.

Los cirujanos, al operar enfermos de apendicitis, han solido encontrar vermes intestinales en el apéndice.

A propósito del paso de los ascárides al peritoneo á consecuencia de la perforación del apéndice, Davaine cree que no perforan la pared intestinal, sino que salen aprovechándose de la abertura que resulta de la úlcera perforada. Esta opinión es la aceptada generalmente, y se considera la influencia de los entozoarios en dichos casos como pasiva en absoluto. Es poco probable que los ascárides puedan perforar el apéndice ni punto alguno del intestino, pero conviene tener presente que son capaces de producir erosiones de la mucosa y sembrar en ellas los microbios que les cubren. Pueden así ser la causa primordial de la ulceración y de la perforación de la pared del intestino. El tricocéfalo es más capaz de producir estas lesiones porque implanta en la mucosa la parte anterior de su cuerpo. El resultado de estas inoculaciones por los vermes intestinales, varía según la cantidad y la virulencia de los microbios y el grado de resistencia del organismo. En ciertos casos, su efecto es nulo ó insignificante, y en otros ocasiona infecciones graves.

Es probable que en la apendicitis epidémica y en la que se desarrolla en varios individuos de una misma familia, los parásitos intestinales desempeñen un papel importante. Todos estos casos se explican por la contaminación de las legumbres que se comen crudas por los restos de deyecciones humanas. Se ha demostrado que las dos especies de vermes intestinales que se encuentran en las apendicitis, se transmiten por larvas encerradas en las envolturas del huevo. Los embriones maduran fuera del cuerpo humano, en la tierra ó en el agua, contaminados con materias fecales humanas que contienen ascárides y tricocéfalos. Esta agua impura, con la que se riegan las verduras y las frutas, es la que sirve de vehículo á los parásitos intestinales.

La curación de algunos casos de apendicitis por los vermífugos, prueba la exactitud de esta teoría. Es imposible, en el estado actual de nuestros conocimientos, precisar en qué proporción de casos interviene esta causa. Hay indudablemente apendicitis en las que la infección puede ser producida por otros factores, y además, se citan muchos ejemplos de la existencia de parásitos en el apéndice sin ocasionar apendicitis. Según un cálculo aproximado que he hecho entre los habitantes de París, hay unos 500.000 que tienen ascárides intestinales. A pesar de la frecuencia de la apendicitis, no llega, ni con mucho, á esta cifra.

A causa de la frecuencia de los vermes intestinales, es preciso reconocer con el microscopio los excrementos en los casos de apendicitis. Los huevos de los ascárides se descubren con facilidad. Para descubrir los de los tricocéfalos, se necesita hacer un examen repetido y prolongado. En ciertos ca-

sos raros y de diagnóstico difícil, el accidente puede ser debido á un ascárides ó tricocéfalo macho. El examen de las deposiciones, será negativo en este caso, y el diagnóstico sólo puede hacerse administrando un vermífugo.

Lo que precede, demuestra la necesidad de observar las reglas siguientes:

1.ª En todos los casos sospechosos de apendicitis, practicar el examen helmintológico de los excrementos;

2.ª Cuando es posible hacerlo, emplear la santonina contra los ascárides, y el timol contra el tricocéfalo;

3.ª Prohibir á las personas que padecen apendicitis comer legumbres crudas, fresa, etc., y beber agua sin hervir ó filtrar;

4.ª La proscripción de los alimentos crudos y de las aguas impuras, es una medida profiláctica importantísima;

5.ª Examinar de cuando en cuando, sobre todo en los niños, las deposiciones y administrar los vermífugos.

Creo que observando estas reglas, se curarán muchas apendicitis, se atenuará la gravedad de ésta y se disminuirá su frecuencia.

El Dr. Cornil: Voy á referir un caso de hematemesis que sobrevino en una peritonitis aguda primitiva de estreptococos. Ingresó en el Hôtel-Dieu un hombre de cincuenta y seis años que padecía desde tres días antes dolores abdominales agudos. La afección se diagnosticó de peritonitis de causa desconocida. A causa del estado de postración del enfermo, no fué posible operarle. Al día siguiente tuvo un vómito abundantísimo de sangre negra, y á los pocos momentos dejó este hombre de existir. La autopsia demostró que se trataba de una peritonitis purulenta de estreptococos.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARIS

Sesión del día 13 *de Marzo de* 1901.

Ablación de los cánceres del recto por la vía sacra.—El Dr. Chaput: Recomiendo la vía sacra para la extirpación de los cánceres del recto, porque me parece preferible á la vía abdomino-perineal del Dr. Quenu, que debe constituir un procedimiento de excepción, aplicable solamente á los cánceres muy altos; con este método he obtenido 8 éxitos en 10 casos. Una de las condiciones del éxito consiste en no suturar la herida, sino en rellenarla moderadamente con gasa.

De la resección ósea en las grandes fracturas del húmero.—El Dr. Picqué: En una de las sesiones anteriores, he presentado un enfermo que, con una fractura del húmero, hecha por disparo de arma de fuego, había sido tratado por la resección inmediata y en el que se han podido ver los buenos resultados de la operación. Por otra parte, un enfermo que tuvo una fractura análoga del miembro superior fué tratado por la conservación, y dió por resultado una pseudo-artrosis que exigió una operación, cuyo éxito no fué más que mediano; creo que le hubiese sido más provechosa á este enfermo una resección primitiva.

El Dr. Nélaton: En casos semejantes, no se puede establecer una regla

de conducta absoluta. Cuando un hueso está reducido, es necesario contentarse con limpiar el foco, extraer las esquirlas y procurar que las dos extremidades fracturadas queden en contacto. A menudo, el simple aproximamiento de las dos superficies óseas da más solidez que la sutura.

El Dr. Léjars: Esta es también mi opinión, y aunque en estos grandes traumatismos óseos la operación primitiva parece ser seductora, da menos buenos resultados que la conservación con desagüe. En un herido que tenía un gran traumatismo en el brazo izquierdo, practiqué la amplia abertura del foco y suturé las extremidades óseas. A pesar de esto, el enfermo tiene una pseudo-artrosis que ha resistido muchas operaciones secundarias.

De la histerectomía abdominal en la infección puerperal. — El Dr. Ricard: Dejando aparte los hechos en que la infección está claramente localizada en uno ó muchos órganos y en que se impone la intervención, no quiero tener en cuenta más que los casos en que la mujer que acaba de parir presenta signos de infección generalizada; en estos casos, la indicación operatoria es muy difícil de precisar. Según Rochard, se halla en la regresión imperfecta del útero; pero, según la opinión general, está sujeta á variaciones en circunstancias normales; se trata, pues, de una base insuficiente. ¿Podría fundarse en el estado de la temperatura y del pulso? Para ello he registrado las estadísticas de las principales Maternidades de París, y he encontrado 2640 casos en que la temperatura había sido superior á 38°. De este total hubo 105 fallecidas, ó sea una mortalidad de 4 por 100. Si de dicho total se separan los casos en que la temperatura ha sido superior á 39°, se reunen 851 casos cuya mortalidad es de 13 por 100. El pulso resulta paralelo á la temperatura, y no suministra, por lo demás, ninguna enseñanza. Lo mismo puede decirse del estado general, puesto que se ven curar enfermas, á pesar de un estado general muy grave. Un hecho se desprende de estas estadísticas, y es que las paridas con infección grave curan en una proporción de 90 por 100 por los medios ordinarios de tratamiento. Creo, pues, que el cirujano debe abstenerse de intervenir, mientras no existan indicaciones más precisas.

El Dr. Reynier: En realidad, no existe una infección puerperal, sino que hay distintas infecciones puerperales que requieren tratamientos diferentes. A la infección por los saprofitos, conviene oponer el raspado; en la infección gonocócica no es necesario raspar, sino lavar; y en la infección estreptocócica, que repercute sobre todo el organismo, debe acudirse al empleo de los medios ordinarios.

El Dr. Segond: Entiéndase bien que la discusión se limita á los casos en que la parida presenta una infección puerperal inmediata. Hace diez años que opero en la Clínica Baudelocque, y no he tenido que practicar nunca la histerectomía en estos casos; siempre han sido suficientes el raspado y los lavados. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 27 de Febrero de 1901.

Acción antitérmica del piramidón en la grippe.—El Dr. Bardet: En una enferma de treinta y dos años, muy excitable y frecuentemente atormentada por dolores, que contrajo la grippe con una temperatura que alcanzaba por la noche 39°,5, prescribí una dosis única de 30 centígramos de canforato de piramidón en el momento del acmé febril. Del examen previo de las orinas, comparado con el examen de la orina emitida á los tres días de tratamiento, cuando la temperatura había descendido á la normal, pudo deducirse que el coeficiente azotúrico había subido la notable cantidad de 78 á 83.

El Dr. Linossier: Aunque el Dr. Bertheraud considere ineficaz la antipirina en el reumatismo agudo, no puede negarse que en algunos casos presta grandes servicios, y que ciertos médicos, con el Dr. Bondet (de Lyon), emplean á menudo este medicamento.

De la presión arterial en el tratamiento de la neurastenia.—El Dr. Fleury: Desde el punto de vista terapéutico, es muy importante saber si un enfermo que se llama fatigado tiene ó no necesidad de que se le excite ó tonifique. Para ello, la gráfica de la presión arterial suministra datos muy exactos; en la hipertensión y en los intoxicados se consigue curarlos favoreciendo la eliminación; en la hipotensión, al contrario, es necesario administrar tónicos, acudir á las inyecciones salinas, á los baños estáticos, etc.

El Dr. Cautru: El amasamiento es uno de los medios que pueden emplearse para regularizar la presión arterial. El amasamiento abdominal enérgico siempre disminuye dicha presión, mientras que la eleva el amasamiento general.

El Dr. Fleury: Todos los medios físicos son tónicos ó deprimentes, según se empleen con moderación ó con energía. Del mismo modo obran, según lo ha demostrado el Dr. Dignat, los baños estáticos.

El Dr. Dignat: Como ya dije, estas modificaciones no son duraderas, y no persisten más allá de veinticuatro horas. A pesar de tan corta duración, los neurasténicos se encuentran aliviados con este tratamiento; de todos modos, tengo más confianza que en los baños estáticos en las inyecciones salinas.

El Dr. Fleury: La principal acción de los baños estáticos es sedativa.

Catarro uterino fétido.—El Dr. Dalché: Existe una forma de endometritis senil, frecuentemente confundida con el cáncer, caracterizada por una leucorrea intensa y extraordinariamente fétida; endometritis que no cura sino por el raspado, aunque la fetidez de la leucorrea puede curar por medios muy simples. Una de mis enfermas, de sesenta y seis años, con catarro uterino sin endometritis, curó por la dilatación del cuello uterino y lavados con agua hervida.—Codina Castellví.

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 12 *de Marzo de* 1901.

Discusión sobre la inmunidad.—El *Dr. S. Woodhead* dijo que aunque en los últimos ocho años algunos pueden haber modificado su opinión sobre el papel que desempeñan los fagocitos, todos están de acuerdo en que sin la teoría de Metchnikoff hubiera sido imposible discutir con fundamento otras teorías, por ejemplo, la de la inmunidad. Esta es distinta de la producción de antitoxinas, pero pueden marchar á la par. Ehrlich ha observado que la molécula toxina puede modificarse de tal modo, que aunque pierde una parte de su actividad letal, conserva aún su influencia inmunizadora sobre las células. Según Roux, Vaillard y Ehrlich, la antitoxina es resultado de una estimulación especial de ciertas células. Behring ha llamado la atención sobre el hecho de que los tejidos pueden ser hipersensitivos, aunque existan grandes cantidades de antitoxina. La toxina inyectada puede formar una cantidad de antitoxina 20.000 y hasta 40.000 veces mayor. Este hecho demuestra dos cosas: primero, que la substancia inmunizadora ó estimulante de la antitoxina es de la naturaleza de una molécula toxoide ó proteica y poco tóxica; segundo, que el proceso de formación de la antitoxina persiste mucho tiempo, después de cesar el estímulo específico. El descubrimiento de las relaciones entre la toxina y los cuerpos proteicos y la asimilación por células, es uno de los datos más importantes para el conocimiento de la inmunidad. En muchos casos hay falta de susceptibilidad, que puede aumentar á expensas de una protección marcada contra las bacterias específicas y los venenos bactéricos.

El *Dr. Wright* dijo que la teoría fagocitaria de Metchnikoff tiene sólo como nuevo en su origen la destrucción de las bacterias en el organismo. Fracasa cuando se la aplica á la formación de la antitoxina en el organismo. Lo nuevo de la teoría de Ehrlich es la producción de substancias antitóxicas en el organismo. Llamó la atención sobre la semejanza fundamental entre el proceso que conduce á la formación de las antitoxinas y el que produce las substancias bactericidas. La sangre de un animal, al que se han inyectado grandes dosis de toxina ó de cultivos bactéricos, puede, en vez de contener substancias bactericidas, contener substancias anti-bactericidas, según ha observado en dos variedades de sueros antitifoideos empleados con un fin terapéutico.

El *Dr. Sidney Martin* manifestó que la idea defendida por algunos observadores de que un cuerpo proteico no es por sí solo un veneno, es insostenible. La afinidad de las substancias proteicas especiales por las células, es evidente y resuelve el problema de la toxicidad.

El *Dr. J. Ritchie* indicó el carácter específico de las albúminas tóxicas. La gran desproporción entre la cantidad de toxina inyectada y los resultados obtenidos respecto á la inmunidad, es notable. La capacidad de un animal para resistir un veneno y formar una antitoxina que le neutralice, son dos cosas distintas que difieren bastante desde el punto de vista cuantitativo. Lo primero en la inmunidad es un gran aumento de la resistencia,

aparte de la producción de antitoxina. Aludió á la opinión de Ehrlich, de que otras células, además de las del cerebro, pueden concurrir á la producción de la antitoxina; células que no son capaces de producir síntomas por su actividad desordenada.

El *Dr. Plimnier* dijo que en Italia se han observado ejemplos de inmunidad natural contra el paludismo en personas refractarias á las picaduras de los *Anopheles* infectados.

El *Dr. W. Hunter* manifestó que Metchnikoff está en lo cierto, al afirmar que las lisinas son producidas por los leucocitos. La excisión del bazo disminuye al parecer las propiedades hemolíticas de la sangre.

El *Dr. R. Bradford* dijo que la inmunidad adquirida no se ha observado hasta ahora respecto á las enfermedades producidas por protozoarios; sólo conoce un ejemplo, la fiebre de Tejas. Ciertos animales de la América del Sur son inmunes á las enfermedades protozoarias y se supone que la inmunidad se ha conferido por la inoculación.

El *Dr. Mac Fadyeau* aludió á la cuestión de la inmunidad contra las enfermedades protozoarias, pero se ha demostrado que los animales inmunes contienen en la sangre el parásito productor de la enfermedad, lo que no se armoniza con la definición ordinaria de la inmunidad.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 18 *de Febrero de* 1901.

Tumor de la médula espinal tratado quirúrgicamente. — El Dr. Fedor Krause: Se trata de una mujer de sesenta y seis años, que en 1896 se cayó de una escalera, recibiendo golpes en la espalda, pero sin que se hubiese producido ninguna fractura, ni hubiese tenido necesidad la interesada de hacer cama; en cambio, durante cuatro semanas sintió dolores bastante intensos en la espalda. Tres meses después, se presentaron también dolores en la rodilla derecha y en los dedos del pié del mismo lado. En el mismo año notó la enferma en una ocasión como si la subiera un ratón desde la rodilla derecha hasta la cabeza. Se la trató entonces como un caso de ciática, pero sin resultado. En 1897, se presentó una sensación de cinturón, y en el mismo año cierta debilidad en la pierna derecha que fué aumentando muy poco á poco, pero que en febrero de 1900 todavía la permitía dar paseos de una hora. Desde entonces, los progresos de la enfermedad fueron más rápidos, tanto, que á fines de mayo ya no podía andar sin apoyo, y tenía que estar casi siempre en cama. En este estado, Lictzmann, de Altona y Böttger, de Hamburgo, diagnosticaron el caso de tumor de la médula espinal, y me lo remitieron para que lo operara.

Cuando ingresó la enferma, comprobé que ni entonces ni nunca había habido dolores en el espinazo ni espontáneos, ni siquiera con la percusión más suave. Tampoco había antecedentes tuberculosos ni sifilíticos. La movilidad de la columna vertebral presentaba sus caracteres normales, y lo mismo sucedía con la motilidad de todo el cuerpo, excepto la de las pier-

nas. En efecto, la extremidad inferior derecha estaba completamente paralizada hasta la altura del psoas ilíaco, si se exceptúan pequeñas zonas de los gemelos, etc., siendo de notar que la nutrición de este miembro se hallaba en estado normal y que no había nada de atrofia. Los reflejos tendinosos, que antes estaban exagerados, presentaban, cuando el ingreso en el hospital, la misma intensidad que en la pierna izquierda. En esta última había anestesia y disminución en la sensibilidad térmica. La excitación eléctrica no revelaba ningún signo anormal, la sensibilidad muscular estaba disminuída en la pierna derecha.

El síntoma de la parálisis de Brown-Séquard, que en este caso existía en su forma típica, daba certeza al diagnóstico establecido, que venía á confirmar, además, la cronicidad del mal, y el hecho de que el proceso no había interesado los huesos. El diagnóstico del nivel de la lesión, siempre muy difícil, se estableció recordando que, según los experimentos de Sherrington, los segmentos de la médula no reciben sus sensaciones de una sola zona cutánea, puesto que cada una de estas zonas es inervada por tres, y según Bruns, hasta por cuatro segmentos distintos. Como en el caso actual no faltaba el reflejo del tendón de Aquiles, se deducía de esto que el tumor debía radicar al menos por encima de los segmentos lumbares primero ó segundo. De este modo se determinó el límite inferior. Para determinar el superior, se utilizó el dato de que la parálisis del lado izquierdo llegaba hasta una zona que está inervada por el primer segmento lumbar; por consiguiente, tenían que estar paralizados éste y por lo menos el decimotercero y el undécimo dorsales. Aunque en la pierna derecha no había ninguna parálisis de la sensibilidad, existía una zona anestésica en la cresta ilíaca, y por encima de la misma en la extensión de más de la palma de la mano; como estas partes están inervadas por los segmentos dorsales undécimo y duodécimo, el tumor debía radicar por lo menos en el noveno.

Para localizar los segmentos dorsales hay que recordar que el noveno está colocado entre las apófisis espinosas séptima y octava, aunque más cerca de esta última, y, en efecto, el tumor se encontró á nivel de la séptima.

La operación se practicó en julio, y como la enferma estaba muy débil, hubo que hacerla deprisa para abreviar la anestesia. Después de trazada una incisión vertical en el centro de la zona mencionada, disequé los músculos, separándolos de los huesos, cohibiendo la hemorragia por medio de la compresión; con el escoplo separé primero el arco de la octava vértebra, sin encontrar nada, y después el de la séptima, con lo cual descubrí el tumor, que se sentía como una masa dura á través de la dura madre, revelando después el examen microscópico que se trataba de un psamoma. La médula estaba dislocada en sentido lateral, y después de incindida la dura madre, y de enucleado el tumor, que tenía el tamaño de una avellana, quedó un hueco en que se podía introducir la yema del dedo índice. Sutura y desagüe. La operación duró cuarenta y cuatro minutos (en mi primer caso sesenta y cinco). El curso post-operatorio fué favorable, la temperatura máxima 38°, y la frecuencia de pulso, que al principio llegó á 132, se normalizó después por completo.

Aconseja Urban conservar los arcos vertebrales; pero con este procedimiento dura más la operación, y al fin son reabsorbidos. La operada puede

hoy andar con auxilio del banquito de Volkmann; la hendidura que quedó en el espinazo, mide 10 $^1/_2$ centímetros, y hasta 11 $^1/_2$ cuando la paciente dobla el cuerpo hacia adelante. Se han quitado los arcos vertebrales sexto, séptimo, octavo y noveno. El espinazo se mueve bien, y la enferma ya no siente ninguna molestia. Por otra parte, no sólo se la ha librado de una terminación horrible, como es la que acarrean las úlceras por decúbito, la parálisis vesical, etc., sino que, teniendo en cuenta la naturaleza benigna del tumor, el pronóstico no puede ser mejor respecto al restablecimiento completo.

Importancia funcional de la vía piramidal.—El Dr. M. Rothmann: Hasta ahora la vía piramidal parecía ser la mejor conocida, por lo mismo que era la única de que se tenía conocimiento que uniera el cerebro y la médula, y que al mismo tiempo pudiera ser seguida hasta la porción sacra de esta última bajo la forma de una neurona. Las investigaciones de Burdach, Turk y Flechsig, han establecido que sirve para la conducción de los impulsos motores. Según las ideas actuales, la interrupción de esta vía habrá de producir la parálisis del lado opuesto del cuerpo. Como hechos en apoyo de tales ideas, se citan el de que la vía piramidal es la única que desde el cerebro llega hasta la médula, las perturbaciones que se presentan en los casos de hemiplegia como consecuencias de hemorragias en la cápsula interna, y, finalmente, los experimentos de Fritsch y Hitzig respecto á la irritabilidad de la corteza cerebral.

Conviene tener presente que en el hombre la vía piramidal está mucho más desarrollada que en los demás vertebrados, y que así como en el primero se divide en dos cordones, anterior y lateral, en los segundos sólo está representado por el último.

Cuando se extirpa en el cerebro, como lo ha hecho principamente H. Munk, la zona correspondiente á las extremidades, la hemiplegia que se produce es incompleta y se cura pronto, quedando tan sólo trastornos sensitivos y perturbaciones en los movimientos aislados y que requieren cierta destreza. Después de esto demostró Goltz que aunque en el perro se extirpe todo el cerebro, se conserva la facultad motara. Hay que considerar, además, que cuando se extirpa la región cortical de las extremidades no sólo se destruye la vía piramidal, sino también la estación final de la vía sensitiva y el camino que conduce á los grandes ganglios centrales que están situados profundamente. Se creyó, por lo tanto, que la irritabilidad eléctrica y los movimientos aislados de origen cerebral se podrían relacionar con las vías piramidales, hasta que Brown-Séquard, al demostrar experimentalmente que no obstante la sección de la médula oblongada por dentro del cruzamiento de las pirámides se propagaba la irritación hacia el lado opuesto, sentó la doctrina de que las vías piramidales se utilizaban para el movimiento voluntario, y que por lo tanto, la transmisión de los impulsos debía verificarse en un punto mucho más alto. En cambio, Wertheim y Lepage demostraron que después de seccionadas las vías piramidales en la región de la médula oblongada, no se producía la excitación cruzada de las extremidades; pero también demostraron que la excitación de los impulsos motores no está subordinada á la integridad de la vía piramidal. Estos experimentos que confirmaron Héring y otros, demuestran que además de esa vía conductora debe existir otra.

He de hacer notar que dada la gran excitabilidad del cerebro y de la médula oblongada, las secciones y la excitación que la sigue, tienen que provocar toda clase de acciones inhibitorias que habrán de influir perturbando los resultados experimentales; por otra parte, carecemos de datos acerca del estado ulterior de los animales respectivos.

Starlinger, después de destruir la vía piramidal con una aguja, observó que los animales respectivos aprendían de nuevo á saltar, á correr, etc. Por mi parte he llegado también á destruir directamente el mismo cruzamiento de las pirámides en el perro, y observé que después de pasados los primeros trastornos, sólo se observaba en el animal un ligero grado de ataxia. El hecho de que al rozar el lado dorsal de los dedos se provocaba un movimiento de retracción de los mismos, demuestra que se conservaba la conducción hasta la corteza cerebral. También se comprobó que la excitación de ésta se verificaba lo mismo que en los animales normales. Existen, por lo tanto, entre el cerebro y la médula, una ó más conexiones que se encargan de reemplazar las funciones que se atribuyen hasta ahora á la vía piramidal.

Estas nuevas vías creen algunos que son el haz llamado de Monakow, ó sea el cordón lateral aberrante que han dado á conocer Held y otros. Sin embargo, Probst no ha observado ningún fenómeno paralítico después de la sección del haz de Monakow. Por mi parte, en los animales en que destruí el cruzamiento de las pirámides en el punto en que todavía no estaba terminado, observé al principio grandes trastornos, pero muy pronto reapareció el reflejo cerebral y adquirió de nuevo la excitabilidad de la corteza cerebral sus caracteres normales. Después dividí al mismo tiempo el haz de Monakow y el piramidal, primeramente en un lado y en la proximidad del origen del facial; los animales aprendieron de nuevo á correr. En cambio, si la sección interesa en ambos lados á la parte superior de la médula cervical, se presentan trastornos muy graves, y sobre todo, síntomas espasmódicos que cuando se observan en el hombre se atribuían hasta ahora á la vía piramidal. Si á uno de estos perros se le pone de pié, las extremidades normales están dobladas y las del lado enfermo extendidas en espasmo absoluto; el reflejo al contacto estaba abolido en las tres semanas que duró la observación y con la excitación de la corteza cerebral faltaba el reflejo cruzado. Según esto, la exclusión simultánea de la vía piramidal y del haz de Monakow, produce en el perro los mismos síntomas de déficit que se observan en el hombre á consecuencia de la exclusión de la corteza cerebral.

Los experimentos que practiqué en el mono, dieron resultados análogos.

Respecto al hombre, la afección en que se puede observar con más frecuencia y seguridad la exclusión de las vías piramidales, son las destrucciones de las cápsulas internas, que se producen por hemorragia en los casos de hemiplegia. En estos casos, no sólo están destruídas las vías piramidales, sino también todas las demás que desde la corteza cerebral se dirigen á los grandes ganglios, y que ponen en acción á las otras vías cerebro-medulares. En estas hemiplegias, han demostrado Wernicke y Mann, que sólo quedan paralizados de un modo definitivo los flexores de las piernas, los flexores dorsales del pié, los oponentes del pulgar, los rotadores hacia afuera de las extremidades superiores y los músculos del hombro. Se conserva la rotación

hacia afuera y la flexión del brazo; en cambio, queda abolida la extensión. En las extremidades inferiores, estas particularidades se observan de un modo típico; en cambio, en los brazos se presentan ciertas variaciones. La hemiplegia paraliza siempre grupos musculares conexos en el orden funcional; pero precisamente los que conservan su normalidad son los que llegan á ser invadidos por la contractura. En los individuos jóvenes, todos estos síntomas retrogradan con gran rapidez, á pesar de que se encuentran después en las autopsias destruídas completamente las vías piramidales. Según las investigaciones de Fürstner y otros neurólogos, parece que también en el hombre es mayor la influencia de la corteza cerebral en la esfera motora que en la de la vía piramidal, y que es indudable que no es esta última la única que transmite los impulsos para los movimientos voluntarios. Los experimentos que Otto Kalischer ha hecho en papagayos, que no tienen vías piramidales, demuestran también que las suplen probablemente otros grupos de neuronas.

De todos modos, sería erróneo negar toda importancia á las vías piramidales, y yo creo que en este caso concurren circunstancias análogas á las que se observan en el órgano visual, y que en el desarrollo progresivamente ascendente del sistema nervioso central, la vía piramidal cada vez va acaparando de un modo más directo el dominio del cerebro.—R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 15 *de Febrero de* 1901.

Dactilitis sifilítica múltiple.—El Dr. Mracek: El enfermo que aquí comparece ha contraído la sífilis hace ocho años, y desde hace dos comenzaron á hinchársele varias falanges de los dedos de las manos y de los piés, y algunas articulaciones de los mismos, en tales términos, que la piel que cubría dichas partes amenazaba romperse. El examen radioscópico demostró que en los huesos mismos existían procesos de reabsorción sumamente pronunciados. Con el tratamiento específico las hinchazones retrocedieron muchísimo en el transcurso de unas cinco semanas.

Curación de la incontinencia de orina por medio de las inyecciones de vaselina. — El Dr. Kapsammer: *Primer caso*: Se trata de una enferma cuya incontinencia de orina databa de un parto en que, habiendo sido necesario aplicar el forceps, se ocasionaron con tal motivo rotura del periné y rasgadura de la vagina y de la uretra. La primera se cosió, pero no se hizo lo mismo con la segunda, la cual, desde el orificio externo de la uretra, penetraba en ésta unos 2 centímetros. La incontinencia de orina, que en un principio era continua, sólo se presentaba al estar de pié y al andar cuando la enferma compareció en la Policlínica. Con intervalo de siete días se le practicaron dos inyecciones de 6 cent. cúb. de vaselina. La enferma, inmediatamente después de la inyección, sintió un tenesmo muy violento y una sensación de cuerpo extraño en el recto, elevándose la temperatura á 38°,3. A las cuarenta y ocho horas habían desaparecido todas las molestias, y la

enferma se curó por completo de su incontinencia. A las cuatro semanas se examinó de nuevo á esta mujer y se sostenía la curación.

Segundo caso: En esta segunda enferma sobrevino la incontinencia en el curso de una cistitis crónica. También en este caso se inyectaron en dos sesiones 12 cent. cúb. de vaselina, produciéndose los mismos síntomas y obteniéndose iguales resultados que en el caso anterior.

Tercer caso: Esta mujer venía padeciendo de incontinencia urinaria desde su juventud; pero dicho síntoma se agravó en gran manera, á consecuencia de un parto en que fué necesario aplicar el forceps. La orina goteaba constantemente, cualquiera que fuera la actitud que adoptase la enferma. Se le inyectaron de una sola vez 8 cent. cúb. de vaselina, y á pesar de que no sobrevino en este caso ninguna reacción, no por eso dejó de obtenerse un éxito completo.

En los dos primeros casos, la inyección se practicó introduciendo un dedo en la uretra é inyectando después la masa de vaselina en varios puntos del cuello de la vejiga. En el tercer caso, se introdujo en la uretra un vástago de Dittel, y se inyectó la masa de vaselina en la proximidad del cuello de la vejiga y por debajo de la pared vaginal. El modo de obrar de la inyección consiste en que crea una valla artificial en el cuello de la vejiga, con lo cual se viene á imitar en la mujer la disposición anatómica que se observa en el hombre en los casos de hipertrofia prostática. Excusado es decir que para estas inyecciones es preciso no emplear una vaselina cuyo punto de fusión sea inferior á la temperatura del cuerpo.

Herida punzante de la médula espinal.—El Dr. Reimann: El sujeto de veintitrés años que aquí presento, recibió una puñalada, inferida con un cuchillo de mesa, en la región lumbar izquierda, é inmediatamente se cayó al suelo porque no le podía sostener la extremidad inferior izquierda. El reconocimiento demostró que la puñalada había interesado la región de la primera vértebra lumbar. Cuando entregaron al herido, existía una parálisis completa de los músculos de la extremidad antes mencionada, con excepción de los adductores y del cuadriceps, por más que este último estaba muy quebrantado en su aptitud funcional. La marcha de la enfermedad hacía creer en una lesión de la médula que había interesado también á las raíces posteriores. Los síntomas motores de déficit que habían dominado en un principio, se explicaban probablemente por una lesión traumática, de poca importancia, de la médula espinal. La regresión que se ha observado en los fenómenos paralíticos existentes, la explico de una parte por la desaparición de ciertos procesos en las inmediaciones de la lesión traumática, y de otra por una inervación colateral que acaso se había establecido en el lado opuesto. Los defectos en la sensibilidad que se han observado en el cuadro clínico, argüian en el sentido de que existiera una sección completa de las raíces sensitivas, y también deponían en favor de esta hipótesis los dolores punzantes y las parestesias que se presentaron en el curso de la enfermedad, y que había que atribuir á la formación de cicatrices.

Respecto á la localización, atribuyo los síntomas motores de déficit á una lesión existente en el dominio de los segmentos lumbares segundo al cuarto. Las zonas en que se observaba defecto de sensibilidad correspondían á las raíces lumbares segunda á quinta. Yo espero que los trastornos motores

probablemente habrán de hacerse menos perceptibles cuando hayan retrogradado por completo los procesos que existen en las inmediaciones de la lesión traumática. Creo, en cambio, que la sensibilidad no recobrará sus caracteres normales ó sólo los recobrará en parte, puesto que se trata de una sección completa de las raíces respectivas.

Rinofima curado por medio de una operación.—El Dr. WEINLECHNER: El sujeto que aquí presento es un mozo de tahona muy aficionado á la bebida. La piel de su nariz estaba hipertrofiada, era muy consistente y tenía un color de rojo cobrizo y una superficie tuberosa, pero no presentaba un desarrollo muy pronunciado de pústulas de acné. Modificaciones análogas se observaban en la piel correspondiente á las zonas superciliares y á los carrillos por fuera de los surcos naso-labiales.

La operación que se llevó á cabo consistió en un descortezamiento de la piel de la nariz, que también se practicó en la de las alas de la misma y del tabique, empleando para ello la anestesia de Schleich. Después se cauterizó la superficie cruenta con el termo, se cubrió con una capa de algodón en rama empapada en disolución de percloruro y con gasa, y todo ello se sujetó con una funda nasal. La curación se ha obtenido en la mayor parte de los puntos sin gran supuración, habiendo terminado por completo el proceso respectivo al cabo de tres semanas. Sólo quedan algunas cicatrices un poco elevadas que recuerdan las que se observan después de las viruelas.

Deciduoma maligno. — El Dr. ALBRECHT: *Primer caso:* Las preparaciones respectivas y que aquí presento, provienen de un deciduoma que se desarrolló después de un aborto; en este caso hubo necesidad de practicar la extirpación vaginal total del útero. Algunos días después de la operación se murió la enferma, revelando la autopsia la existencia de múltiples metastasis en los pulmones, hígado, bazo, intestino delgado y riñones, así como también en el encéfalo, cuerpo tiroides y vagina.

Segundo caso: En este caso, el deciduoma, cuyas preparaciones también presento, se desarrolló á consecuencia de un embarazo extrauterino, que había dado origen á un hematocele retro-uterino. En este caso no debió practicarse una operación. La autopsia puso de manifiesto la existencia de metastasis, pero sólo en el hígado.

Hipertrofia difusa de las glándulas mamarias.—El Dr. FOGES: En el caso á que me voy á referir y al que pertenecen las preparaciones que aquí presento, se trata de una mujer de dieciocho años de edad, en la que durante la época del embarazo comenzaron á crecer ambas glándulas hasta llegar á adquirir dimensiones tan enormes, que fué necesario extirparlas, pesando las dos juntas 12 kilogramos.—R. DEL VALLE.

SOCIEDAD PEDIÁTRICA DE MOSCOU

Sesión del día 26 de Diciembre de 1900.

Dispensario oto-rino-laringológico del Hospital de niños de Sofia.—El *Dr. Sack* dice que en los años de 1898 y 1899, su gabinete fué frecuentado por 1172 y 1461 pacientes respectivamente, haciéndoseles 2269 y 3277 visitas, el mayor número de las cuales recaía en los meses de otoño y primavera; predominaban los niños de seis meses á tres años. Con mayor frecuencia observáronse las afecciones del oído en forma de otitis catarral y purulenta. Especialmente en los niños pequeños las otitis purulentas siguen muchas veces un curso tan insólito, que pueden inducir á error al médico más experto. En un niño enfermo de fiebre prolongada, deben investigarse siempre los oídos aunque el niño no acuse dolor en los mismos, y por más que ya se halle establecida la salida de pus; pues el flujo no excluye retención de pus en el oído medio y en la cavidad de la apófisis mastoidea con fenómenos de fiebre piémica, sobre todo si la perforación del tímpano está en un punto incómodo para la salida del pus, ó éste es muy espeso y pegajoso. El empleo de un tratamiento seco en la otitis purulenta de los enfermos de dispensario, tiene sus inconvenientes, pues las exigencias de la asepsia no pueden satisfacerse; por otra parte, el método antiséptico da resultado, y es mucho más fácil de practicar. Especialmente recomendable es el uso de una disolución glicerinosa de ácido fénico al 10 por 100, que no solamente obra como antiséptico, sino también como antiflogógeno y como calmante; además de esto, aplicada en forma de tapones de bastante grosor empapados en dicha solución, es muy útil en las inflamaciones del conducto auditivo.

Después de las afecciones del oído, las más frecuentes eran las varias afecciones de la nariz y partes adyacentes. La hipertrofia de las conchas nasales es causa de dolores muy rebeldes de cabeza, bastando en algunos casos la cauterización de las mismas para curar la enfermedad. La inflamación fibrinosa de la mucosa nasal se observó diecinueve veces, notándose un estrecho parentesco de esta dolencia con verdadera difteria, de modo que estos enfermos deben considerarse como contagiosos. Las hemorragias nasales observadas por Sack dependían de causas locales. Los catarros fétidos con hemorragias de una sola fosa nasal, dependían muchas veces de cuerpos extraños, como en un caso de un botón que permaneció en la nariz de un muchacho durante muchos años. También se observaron algunos casos de lupus nasal, de herpes zoster de las orejas, afecciones sifilíticas, pólipos, etc. Pronunciadas proliferaciones ganglionares encontráronse en 1898 en 163 casos, y en 1899 en 213, constituyendo una proporción de 14 á 15 por 100 de todos los enfermos. Extirpáronse las proliferaciones en 149 enfermos, empleando últimamente tan sólo el cuchillo de Berckmann sin recurrir á la anestesia. En un caso hubo una hemorragia regular que exigió el empleo de la sonda de Bellocq. Las recidivas resultan principalmente cuando no se ha acertado á extirpar todos los tumores. Observáronse 2 casos de inflamación purulenta de la apófisis mastoidea, sin previa perforación del tímpano, probando una vez más la necesidad de practicar cuanto antes una abertura en

dicha membrana. Sack termina su conferencia encareciendo la conveniencia de tapar el oído afectado de flujo con algodón limpio para prevenir el ensuciamiento; sobre todo, empero, debe taparse el oído enfermo durante el baño, porque la penetración repentina de agua en el oído medio, podría provocar la pérdida del conocimiento y el niño ahogarse.

Compresas sódicas en la supuración. — El *Dr. G. E. Vladimiroff*, después de enumerar brevemente las comunicaciones publicadas sobre el uso de la sosa en las supuraciones, refiere que en el dispensario del Hospital de Niños de San Vladimiro ha comprobado el efecto de las compresas sódicas en 30 casos de diversas afecciones acompañadas de supuración, á saber: 6 de quemaduras de segundo y tercer grado, 2 de exantema purulento con grandes abscesos, 1 de fístula con abundante secreción, 10 de heridas incisas y contusas, 6 de abscesos después de inflamación de ganglios inguinales, y 5 de panadizo. En las quemaduras, tanto las antiguas como las recientes, las compresas sódicas obraron muy bien, haciendo cesar la supuración y acelerando la cicatrización, especialmente en casos en que otras medicaciones no dieron resultado. Las heridas se curaron bajo el vendaje sódico sin supuración y sin dolor, resultando cicatrices apenas perceptibles. Lo mismo puede decirse de los abscesos y panadizos con ó sin incisión. Las tres cualidades de ser absolutamente inofensiva, antisupurativa y calmante, recomiendan la disolución sódica, especialmente para la práctica pediátrica. Vladimiroff emplea tres tipos de compresas sódicas: la ordinaria compresa calefaciente, la compresa con afusión (la compresa se deja puesta durante veinticuatro horas, pero se mantiene mojada, regándola dos ó tres veces), y la compresa inevaporable, colocándose entre la gasa sódica y la cubierta de algodón una capa de gasa untada con pomada bórica, para prevenir la evaporación; semejante compresa permanece húmeda durante veinticuatro á cuarenta y ocho horas.

Sífilis de familia. — El *Dr. A. J. Tulinoff*, después de hacer constar que son relativamente raros en la población urbana los casos de contagio extrasexual de la sífilis, refiere que el 30 de mayo de 1900 ingresaron en el Hospital de Santa Olga un niño de cinco años y su hermanita de once meses, con afecciones sifilíticas de la mucosa bucal. El niño había enfermado en enero y solía besar á su hermana, en cuyo labio superior se desarrolló en abril un característico chancro duro, y al cabo de un mes se presentó también otro igualmente duro en el pezón izquierdo de la madre que la amamantaba. El niño se había infectado de un individuo que vivía en la misma casa y que estaba en tratamiento por sífilis, y que infectó aun á su mujer embarazada. En junio se desarrolló también un chancro en la amígdala izquierda del padre de los dos niños, de modo que en corto tiempo se infectaron los seis habitantes de la vivienda, y cuatro de los mismos por vía extragenital. Al Dispensario del mismo hospital trajeron en octubre un niño de tres años, en cuyo labio inferior había aparecido un chancro duro en febrero, enfermando luego sucesivamente dos ó tres niños, el padre y la madre, que todos se presentaron en el hospital con síntomas secundarios. Además, padecían sífilis los hijos del dueño de la vivienda en que aquéllos habían tomado alojamiento. En los dos casos, pues, enfermaron rápidamente todos los miembros de la familia, por falta de cuidado, hija de la ignorancia

y poca cultura de los padres. Para prevenir la propagación extragenital de la sífilis, Tulinoff cree conveniente que todos los niños afectados de sífilis en el período contagioso deberían ingresar en los hospitales, y que al presentarse en los Dispensarios un niño sifilítico, deberán citarse para la inspección todos los miembros de la familia.

El *Dr. N. Speransky* dice que la cuestión suscitada por el comunicante es, en efecto, importantísima, habiéndose los sifilidólogos convencido cada vez más de que en la propagación extragenital de la sífilis, los niños desempeñan un gran papel. Sería ciertamente más fácil combatir el mal, si los niños contagiosos tuvieran acogida en los hospitales, pero esto no sucede en Moscou, en cuyo hospital para sifilíticos los niños no se admiten.

(*Vrach*). — G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

Profilaxis de las lesiones valvulares cardíacas.—En los casos de endocarditis reumática aguda, aconseja el Dr. R. Caton el siguiente tratamiento para prevenir las lesiones valvulares:

1.° *Quietud.*—El valor de la quietud prolongada en la endocarditis reciente, es indudable. El número de latidos del corazón en la posición vertical, es mayor que en el decúbito supino. Cuanto menor es el número de movimientos cardíacos, mayores son las probabilidades de curación. El Dr. Caton ha visto muchos casos de murmullos cardíacos recientes, desaparecer sólo por la quietud del enfermo.

2.° *Estimulación de los centros tróficos.*— Se obtiene aplicando vejigatorios sobre los puntos de la superficie cutánea que están relacionados más directamente con el corazón. Estos puntos son los inervados por los primeros cuatro nervios dorsales. El Dr. Caton aconseja aplicar vejigatorios pequeños volantes entre la clavícula y la mamila, á uno y otro lado del pecho. Cree que obran contrayendo por acción refleja las arteriolas dilatadas y activando el proceso reparador natural.

3.° *Medicamentos absorbentes* — Estos medicamentos obran favoreciendo la absorción de la substancia reciente y mal organizada que se deposita en el interior y en la cara externa de la válvula, y evitando así su organización perfecta. Los medicamentos principales que pueden emplearse con este objeto, son los ioduros y el mercurio; de los ioduros, el mejor es el de sodio. Los ioduros obran rebajando la tensión arterial y disminuyendo, por lo tanto, el trabajo del corazón. - (*British Med. Journal*). — F. Toledo.

La substancia supra-renal en las enfermedades de los órganos respiratorios profundos.—Los éxitos que se han obtenido con la substancia supra-renal en las afecciones de las vías respiratorias superiores, han animado al Dr. Samuel Floresheim á ensayar el mismo medicamento en las enfermedades de las vías respiratorias profundas, tales como la traqueo-bronquitis aguda, la

bronquitis crónica, la bronquiectasia, el asma bronquial, la congestión pulmonar, el edema pulmonar, la hemoptisis y la tuberculosis pulmonar. El remedio se empleó en forma de cápsulas, cada una de las cuales contenía 18 centígramos de medicamento. Las cápsulas se deben mascar durante algunos segundos sin nada de agua y tragarlas después.

En los 32 casos de traqueo-bronquitis en que se empleó el medicamento disminuyeron la frecuencia y la fuerza de la tos, así como la expectoración y los síntomas físicos, con lo cual no tardó mucho tiempo en obtenerse la curación que en los casos leves se alcanzó en veinticuatro horas. El tratamiento consistió exclusivamente en la administración de una cápsula cada hora ó cada dos horas. En los 12 casos de bronquitis crónica siempre se observó una mejoría, aunque solo transitoria, la cual se hacía sentir á los quince minutos de administrada la primera dosis. En los casos de bronquiectasia también disminuye la expectoración, calma la tos y mejora el estado general. En el asma bronquial el medicamento solo influyó favorablemente en los ataques cuando existía una hiperemia de la mucosa bronquial; en la forma puramente nerviosa no presta ningún servicio. En los casos de congestión pulmonar siempre dominó pronto la congestión, con lo cual también desaparecían los síntomas debidos á la misma. Un efecto análogo se observó en los casos de edema pulmonar, pero fué necesario repetir más á menudo las dosis del medicamento. En los 16 casos de hemoptisis de diverso origen en que se empleó la substancia supra-renal, la hemorragia se cohibió á la media hora (y en seis casos á los cinco minutos); ningún medio obra en tal sentido tan pronto como el medicamento en cuestión. En los 8 casos de tuberculosis pulmonar produjo disminución de la tos y de la expectoración, mayor facilidad en la respiración y mejoría del estado general. Este efecto se sostenía seis horas, y lo mismo sucedió en los demás casos, en que no se pudo conseguir un efecto de carácter permanente.

(*Méd. Record.*)—R. del Valle.

Inyecciones de oxígeno contra el forúnculo y el antrax. — El Dr. J. Thiriar aconseja contra estas enfermedades las inyecciones de oxígeno. El oxígeno se opone á la mortificación característica de estos padecimientos, detiene su evolución, contiene el proceso gangrenoso y produce la curación con rapidez maravillosa. Para el forúnculo basta una inyección hecha en la base ó en el centro del tumorcillo. Para el antrax es necesario hacer cuatro á seis inyecciones en los orificios y alrededor del tumor. Con este tratamiento cede el dolor y se obtiene la curación en pocos días.

(*La Clinique*). — F. Toledo.

El ioduro sódico en el asma bronquial de los niños. — Refiere el Dr. Kissel que en 3 casos de asma bronquial nervioso que recayeron en 3 niños de seis, nueve y diez años respectivamente, usó con excelente resultado el ioduro sódico á la dosis de dos gramos de cada vez.—(*Wratsh*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

¿DEBEN PRACTICARSE OPERACIONES QUIRÚRGICAS EN LA MUJER ENCINTA?

POR

D. PEDRO MOYA

Médico en San Sebastián (Guipúzcoa).

Perplejo se halla en ocasiones el cirujano sobre si debe practicar ó no tal ó cual acto quirúrgico en una mujer cuyo estado es el que se indica en el epígrafe de este artículo. Perplejidad completamente justificada, porque á parte del lado moral que encierra el problema, está también el prestigio profesional. Nosotros, que hemos experimentado vacilaciones sobre la conducta que debíamos seguir en casos semejantes, vamos á indicar, siquiera sea muy someramente, nuestras impresiones y las ideas que nos sirven de guía en la práctica, y que constituyen el fundamento de nuestras decisiones: que sirva este pequeño trabajo de solicitud á otro más acabado.

***

Para mayor claridad, expongamos el asunto en los siguientes términos:

1.° ¿Un acto quirúrgico alejado de la zona genital, puede ser causa provocadora del aborto?

2.° ¿Puede provocarlo cuando se practica en dicha zona ó en región próxima?

3.° ¿El traumatismo quirúrgico uterino lleva siempre aparejado el aborto?

De una manera general no es posible responder categóricamente á estas preguntas; es absolutamente indispensable especificar, descender al detalle, fijarse en el individuo y en la índole del acto operatorio. El individuo (en este caso la mujer) ha de ser objeto de nues-

tra especial atención. No hay duda que la preñez, siendo un estado fisiológico, imprime, sin embargo, á su organismo una serie de modificaciones y de transformaciones tales, que viene á ser algo muy distinto de la mujer nulípara; y estas modificaciones y alteraciones de su primitivo estado, no afectan sólo al elemento anatómico del organismo materno, sino también y muy particularmente, á su estado psíquico, manifestándose éste por una serie de trastornos nerviosos que exaltan los reflejos uterinos.

Esto no quiere decir que tal estado de cosas salga siempre á la superficie, sobre todo por lo que á la matriz se refiere; por el contrario, creemos que algo se exagera cuando de impresionabilidad uterina se habla; consideramos á este órgano bastante indiferente para dejarse influenciar por excitaciones de más ó de menos; es bien cierto, y los cirujanos lo saben bien, que no existe en la economía de la mujer órgano más tolerante; no es creíble, en efecto, que se dote de una sensibilidad exquisita al útero, cuya misión principal es la de conservar durante largo tiempo el producto de la concepción y seguir con él desarrollándose paulatinamente, que en ocasiones soporta traumatismos considerables, que con frecuencia, terminada fisiológicamente la preñez por muerte del feto, le retiene en su cavidad, pudiendo esta retención prolongarse más allá del término normal del embarazo.

No, no es precisamente al útero, considerado como órgano aislado, á quien hay que temer, sino á la mujer, que pudiéramos llamar metrítica. Existen, en efecto, mujeres que lo son (metríticas), desde que en ellas alborea la pubertad; el establecimiento de la función menstrual va acompañado de frecuentes trastornos, de dolores neurálgicos que cubren y traspasan la zona genital, y que si su sitio de origen es ovariano, no por esto deja de constituirse una especie de orgasmo uterino; existe un eretismo general muy marcado que despierta la sensibilidad y la contractilidad del órgano y lo coloca en condiciones extrafisiológicas para el momento de la concepción. Llegado éste, las considerables modificaciones anatómicas y estáticas que experimenta y que asombran, vistas su cavidad y su capacidad en estado vacuo, es casi seguro que no ha de soportarles sin protesta, y que la distensión, aunque paulatina, ha de reaccionar desfavorablemente. En las mujeres de esta categoría, aquellas transformaciones de que hemos hecho mérito, que imprime la preñez al organismo materno, trascienden á la superficie y se manifiestan, ora por fenómenos dolorosos, ora por contracciones del músculo

uterino; en algunas, éstas contracciones son visibles y siempre perceptibles á la palpación, y la matriz apapece tan sensible, que puede hacer creer en un aborto inminente. No es siempre tan notable el cuadro sintomático de la mujer metrítica de esta primera categoría, pero en ella es de temer el aborto por el simple traumatismo del coito (acto con frecuencia doloroso), por un viaje, por una caída ó por una emoción cualquiera.

Existe una segunda categoría de mujer metrítica de muy diferente modo. Es metrítica con lesión; en ella hay una historia de infección productora de afectos metríticos que suelen ocasionar como consecuencia desviaciones, anexitis, inflamaciones circun-uterinas y adherencias que alteran seriamente la fisiología de la circulación de la zona genital y comprometen su inervación normal. En estas condiciones, la contracción uterina es fácilmente solicitada bajo la influencia de causas generales y locales, y, sobre todo, por estas últimas, y el óvulo fecundado, falto de apoyo sólido sobre una mucosa enferma, es fácilmente expulsado durante los primeros meses.

En una tercera categoría coloquemos, por último, la mujer (por fortuna la más numerosa) que siempre ha menstruado bien, sin afección uterina, mujer que nunca ha sentido su útero, que parece (el útero) insensible y aparece indiferente á las modificaciones generales del organismo y que llena sus funciones sin protesta; útero paciente y tolerante es siempre el último en reclamar cuidados. Esta es la mujer que suele acudir al Consultorio para saber si está preñada, porque no siente nada, ni experimenta otro trastorno que la desaparición de las reglas. Digamos de paso que la mujer de esta categoría abunda en la clase ínfima de la sociedad, sin duda porque la herencia neuropática es menos frecuente y porque habrá una Providencia para estas mujeres que no disponen de tiempo para mimar y cuidar su preñez. La ley de las compensaciones aparece aquí manifiesta.

Ya tenemos, aunque de modo somero, una clasificación que nos parece suficiente para poner de relieve al individuo. Examinemos ahora brevemente el otro elemento que hemos juzgado indispensable: el acto quirúrgico. Aquí es necesario establecer una distinción y considerar de muy diferente modo los traumatismos operatorios, cuyo estímulo ó resonancia se localiza, se circunscribe, sin traspasar una limitada zona y aquellos otros que, por su importancia, pueden resonar desfavorablemente en todo el organismo, produciendo el síndrome que llamamos schok operatorio; á esto pueden contri-

buir tres factores: un gran traumatismo operatorio, la naturaleza del órgano atacado y el tiempo necesario para llevar á cabo la operación; cualquiera de ellos es suficiente para impresionar desfavorablemente la economía entera.

Con estos antecedentes, vamos á ensayar si podemos responder con algún acierto al cuestionario más arriba indicado.

Dada una indicación operatoria en una mujer encinta, lo primero que habrá que tener en cuenta será la importancia del acto quirúrgico que se ha de ejecutar; porque si éste, por su importancia, puede producir impresión general profunda, no será preciso buscar si existe ó no impresionabilidad uterina, es decir, la mujer metrítica, bastará considerar la gravedad del traumatismo, que sea la región próxima ó alejada del aparato genital para desistir de él como peligroso.

Para las operaciones de índole más benigna, rápidas, de acción circunscrita, donde no es de temer resonancia general orgánica, habrá que tener en cuenta al individuo y clasificarlo. ¿Pertenece la mujer á la primera categoría, es decir, á la de las intolerantes sin lesión definida? La abstención debe ser la regla, ya se trate de un acto quirúrgico alejado ó próximo (con mayor razón en este caso) de la zona genital.

¿Se clasifica la mujer entre las metríticas con lesión? (segunda categoría). Pueden permitirse las operaciones alejadas, pero son peligrosas las próximas al órgano grávido.

La mujer de la tercera categoría soportará bien todo acto quirúrgico próximo ó alejado, excepto aquellos que hemos calificado de graves.

El traumatismo directo del útero, aun cuando no siempre lleva aparejado el aborto, es peligrosísimo, y, en consecuencia, no puede aceptarse como acto quirúrgico deliberado, al menos pretendiendo la continuación del embarazo.

La época de la preñez es una circunstancia que exige la mayor atención. Es un hecho bien comprobado que el útero grávido es más tolerante para las causas externas, cuanto más avanzada se halla la gestación. El aborto en las mujeres metríticas se verifica constantemente en los primeros meses, rarísima vez después del quinto; es preciso un trauma directo del útero ó la muerte del feto ú otras enfermedades hipertérmicas para observarlo en fecha más adelantada. Teniendo en cuenta estos datos clínicos, las reglas antes indicadas pueden sufrir alguna modificación en el sentido de que la mujer de

la primera y segunda categoría podrá, en ocasiones, soportar sin inconveniente traumatismos quirúrgicos, más allá del cuarto ó del quinto mes.

Como á pesar de guiar su conducta, prudentemente apoyado en la clínica y en la experiencia propia y ajena, hay que contar con la posibilidad de alguna sorpresa desagradable, y como el efecto en tal caso es poco halagüeño para el cirujano, conviene tomar algunas precauciones, ora advirtiendo del peligro más ó menos remoto, ora rodeándose de uno ó más comprofesores que, con su presencia, autoricen el acto quirúrgico que se va á ejecutar.

Nosotros hemos intervenido tres veces en mujeres encinta, siempre más allá del cuarto mes, y nada hemos tenido que lamentar; verdad es que en nuestros casos no hay uno que pertenezca á la primera categoría, y sólo uno pertenece á la segunda (metrítica con lesión); la operación consistió en la excisión de un paquete hemorroidal sumamente doloroso, que no permitía contemporizar. Los otros dos (mujeres primíparas de la tercera categoría), sufrieron la excisión de masas de vegetaciones vagino-vulvares; á pesar de formar estas aglomerados de regular volumen, decidimos operar en una sola sesión, porque creemos que es mejor evitar repetidas emociones que siempre producen la espera del momento operatorio y los preparativos necesarios.

No terminaremos sin hacer una observación. Al hablar de operaciones quirúrgicas en mujeres encinta, es evidente que nos referimos á las que son necesarias ó indispensables por una ú otra razón. No es esto decir que para ejecutarlas sean precisas indicaciones vitales, basta que existan razones de alta conveniencia. Nada demuestra mejor nuestro criterio que los casos citados de excisión de los papilomas vagino-vulvares. La excisión no es necesaria en absoluto, pero es muy conveniente, ya para dejar el paso expedito á la expulsión del feto, ya para evitar posibles infecciones de éste y de la madre, aparte de los dolores y molestias sin cuento que tales vegetaciones proporcionan.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Desinfección de los órganos genitales de las niñas.—II. Bacteriología del reumatismo articular agudo.—III. Unidad del cólera nostras y del indiano.—IV. Resistencia del bacilo diftérico.—V. Sobre las infecciones del oído.—VI. Especificidad de la botriomicosis.—VII. La higiene de la vista en las escuelas.—VIII. Higiene del oído.

I. Sobrada razón tiene Guiard cuando recomienda con tanto empeño la antisepsis de los órganos genitales de las niñas, más precisa que la de la boca, con ser ésta tan conveniente. Cree que las inyecciones vaginales antisépticas, empleadas sistemáticamente, evitarían la leucorrea, á las veces las metritis y luego las *genitalidades* post-matrimoniales, que suelen acarrear tan graves consecuencias. Casadas ó no, las mujeres deben cuidar de la asepsis de su aparato genital, previniendo así las infecciones vulgares y colocándose en buenas condiciones para las puerperales. También así harían menos posible las gonococias debidas á antigua infección marital.

En este sentido recomienda á los médicos empleen todos sus prestigios en pro de la buena obra (*La Méd. infantile*).

II. En cinco casos de reumatismo articular agudo ha aislado F. Meyer un diplococo reunido en cadenitas cortas, cuya inoculación subcutánea produce en el conejo una infiltración dura con necrosis y sin supuración, y á los seis ó diez días artritis con derrame seroso ó sero-purulento, en el que ha visto dos veces el diplococo dentro de los elementos celulares; la temperatura fué al principio de 41° y se mantuvo luego á 39° y décimas. Si la inyección es intravenosa, la infección es mucho más marcada, no siempre es mortal y produce endocarditis vegetante ó ulcerosa (*Soc. de Méd. interna de Berlin*, 1901).

Este microbio es igual al encontrado por Von Leyden en la endocarditis reumática, y difiere apenas del descrito por Wassermann.

III. Con las observaciones recogidas en el Tonkin y en Francia durante las maniobras militares, se cree bastante autorizado el doctor Toussaint, médico militar, para admitir la unidad del cólera nos-

tras y del cólera indiano, apoyándose en el contagio, epidemicidad, patogenia, anatomía patológica, sintomatología y terapéutica de uno y otro. En ambos, la aparición brusca (más aparente que real), la evolución, el aspecto clínico, el origen generalmente hídrico, las lesiones, las complicaciones, son semejantes.

En cuanto al vibrión colérico, no hay serios inconvenientes para admitir la unidad. Se le encuentra en el cólera exótico y en el indígena, y si no existe argumento incontestable que demuestre la identidad, tampoco se posee dato alguno que pruebe su heterogeneidad. Max-Gruber, en el Congreso de Higiene de Buda-Pest, sintetizó el estado actual de la cuestión, diciendo que si bien es evidente que el cólera es producido por vibriones, no lo es menos que estos vibriones no forman una especie absolutamente definida y que no son clasificables en indígenas y exóticos; sólo la *virulencia* es la decisiva al calificarlos. El mismo Chantemesse deja para lo porvenir la determinación de esta identidad, y á fé que es urgente, pues serviría de base para la profilaxis.

En tanto, aconseja se recurra á la desinfección en uno y otro caso (*Revue médicale de l'Est.*).

IV. El Dr. Virey, de París, relata en el *Journal de Méd. et de Chir. prat.* (1901), una observación que tiende á demostrar la larga permanencia del bacilo diftérico, *seis años nada menos*, en una habitación en que murieron dos diftéricos. El nuevo invadido no tuvo contacto alguno sospechoso; la habitación había sido desinfectada, el papel cambiado, etc.

Este caso tal vez no sea suficientemente demostrativo, pero tampoco es disonante, pues Grancher y Boulloche admiten la virulencia durante varios meses de las membranas secas y mantenidas á la sombra, y Sevestre y Grillet refieren numerosos hechos de contagio realizado á los dos, tres y hasta los cinco años.

V. Los micro-organismos patógenos, causa fundamental de la mayoría de los padecimientos de la caja del tambor, llegan á ésta desde varios puntos: focos lejanos con localización consecutiva en el oído medio; pero la vía más común es la trompa de Eustaquio, ya sean transmitidos desde la naso-faringe por continuidad, ya por propagación del daño, ya por entrar violentamente en la caja (estornudo, esfuerzo para limpiar la nariz, etc.), venciendo la resistencia de la trompa, porciones infestas mucosas ó muco-purulentas.

Hasta 1882 se tenía la creencia de que todas las infecciones de la caja eran secundarias, pero E. Zaufal encontró en el conejo en esta-

do normal micro-organismos, quedando así demostrada la posibilidad de las infecciones primitivas, autóctonas A estos estudios siguieron otros más ó menos contradictorios (Lannois, Brieger, Maggiora, Gradenigo, y más recientemente Leutert, Nadoleczny).

Ante estas contradicciones, S. Citelli ha dedicado una delicada labor en obsequio á la verdad (*Ricerche batteriologiche dell'orechio medio in condizioni normali.* — *Arch. ital. di Otol., Rin. e Laring.*, 1901), experimentando en 20 perros y conejos de mes y medio con todo el esmero posible. En 15 de estos animales, los resultados fueron negativos, y en los otros 5 las colonias fueron escasísimas.

En otro orden de estudios, ha depositado en la cavidad naso-faríngea cultivos de micro-organismos para averiguar el poder preventivo de la trompa y el depurador de la caja, y constantemente ha observado que recorrían aquella, que á las veinticuatro horas estaban en ésta y que no perecen en la misma, pudiendo determinar infecciones primitivas.

VI. Spick (*De la spécificité de la botryomycose*, tesis de Lyon), dice hay en los hongos de la castración, en los *botriomicósicos*, masas muriformes, denominadas botriomices, masas que también existen en los tumores que Poncet y Dor han descrito con el nombre de botriomicosis humana.

En los cultivos hechos con estos tumores, el parásito aparece como un coco cien veces más pequeño, el *botriococo*, muy análogo á los estafilococos piógenos blanco y dorado; provoca la producción de tumores caracterizados por la existencia de masas muriformes, cuyo tipo es el de los fibro-adenomas; pero como no es un tumor verdadero, sino una neoplasia inflamatoria, debe conservarse el nombre de fibro-adenosis propuesto por Dor. En ella, y es su característica, hay botriomices, cuya reunión forma el grupo amarillo.

El autor cree que el botriococo es un coco específico, que no se trata de ningún estafilococo, que forma botriomices en el caballo y en el hombre y que lo mismo que se acepta una botriomicosis equina, debe aceptarse una botriomicosis humana.

VII. A la Sociedad científica, «A. Alzáte», ha presentado el doctor M. Uribe Troncoso (*Anales de Oftalmología*, México, 1901), un trabajo sobre «La Higiene de la vista en las escuelas y la corrección óptica».

Hace notar que si bien desde principios del siglo XIX se sabía que los esfuerzos para la visión clara producía en los escolares trastornos visuales y exageraba mucho la miopía, no se dió al asunto toda la

importancia debida, hasta que los trabajos de Cohn (1867) demostraron, mediante el examen de 10.000 niños de las escuelas de Breslau, que esa exageración era evidente en el mal medio escolar y hasta que se hacían miopes los que no lo eran. Con estos trabajos y con los siguientes de Erisman, Giraud-Teulon, Javal y otros muchos, se pudo realizar la gran revolución en el alumbrado, mobiliario, etc., de las escuelas. Parecía conjurado el conflicto, pero, á pesar de todas las mejoras, no tardó en conocerse que los miopes no mejoraban, no eran menores en número y aun en algunos puntos habían aumentado.

Ante los hechos hubo que buscar otros factores. La herencia fué la primera acusada, achacándosela el daño directo ó cuando menos la tendencia á la distensión ocular. Risley (Norris y Oliver, *System of disease of the Eye*, t. II, *School Hygiene*) culpó á los exagerados esfuerzos de la acomodación, realizados hasta en las escuelas mejor dispuestas, esfuerzos que determinaban anomalías en la forma del globo, sobre todo el astigmatismo; estas anomalías congénitas serían hereditarias, no la miopía ó la tendencia á ella, y debidas á deformación de la órbita y ésta á su vez á deformación craneana. Al ingresar el niño en la escuela, serían agravadas por los esfuerzos y sólo evitables con la corrección de los defectos de refracción desde el instante de comenzar la vida escolar. De no procederse así, es atacada la tercera parte de los niños, cuyos maestros se ven obligados á colocarlos en puestos especiales, cuando no los tienen por desaplicados.

De aquí la conveniencia de exámenes frecuentes que enseñen al maestro la distancia á que debe colocar los niños para que vean lo escrito en la pizarra, cantidad de luz, etc.

En Europa, dice Cohn, aumenta el número de miopes á medida que los cursos son más elevados y difíciles; de 1'4 por 100 en las escuelas rurales, sube á 6'7 en las elementales, á 26'2 en los colegios, á 59'5 en las universidades. En los Estados Unidos se nota, según Risley, muy ostensiblemente el aumento según la edad: de 4'27 por 100 á los ocho años, llega á 19'33 á los diecisiete; los hipermétropes son 88'11 por 100 á los ocho años y 66'84 á los diecisiete, es decir, buen número se ha convertido en miope. Dice, además, que hay cerca de 42 por 100 de astigmáticos hipermétropes y que los esfuerzos de acomodación distienden el globo, transformándose la hipermetropía en miopía. En México, las estadísticas de Ramos (*Los vicios de refracción en México comparados con los de Europa*, México, 1890), las de

Montaño y las de Uribe Troncoso, dan un 4 por 100 de míopes en las escuelas primarias y un 19 en las superiores.

La iniciativa de Filadelfia ha sido secundada por casi todas las poblaciones norteamericanas. Al ingresar los niños en las escuelas, y luego periódicamente, son examinados de toda suerte de afecciones oculares (tracoma, conjuntivitis, refracción, etc.). En Nueva York, de 63.812 niños, fueron encontrados 4183 con enfermedades contagiosas, de las cuales 2627 correspondían á la cabeza y 702 á los ojos (Dora Keen, *Medical Inspection of Schools. Public Health*, agosto de 1898).

Risley es el autor de los mejores métodos de examen de la vista y él mismo ha aconsejado se adiestren los maestros y ayudantes en esta labor, economizando así tiempo, personal y dinero. El material necesario se compone de lo siguiente: 1.°, escala para examen á distancia, que consta de una serie de tipos de letra (*ortoptipos*) apreciables por un ojo normal á distancias determinadas: á 5 metros deben ser bien vistos; 2.°, escala para ver de cerca (*tipos diamante*), fijando la distancia exacta á que son vistos mediante una cinta métrica. La prueba se hace aisladamente para cada ojo, y si no resulta normalidad completa, si la agudeza visual está modificada, el niño no es apto para los trabajos escolares, y el padre recibe una tarjeta recomendándole lo someta á la dirección de un oculista, recomendación generalmente atendida y que da la norma de las prescripciones terapéuticas y de los ejercicios escolares compatibles. Las opacidades de la córnea, las lesiones graves de las membranas, los grandes defectos de refracción, son motivo de eliminación inmediata.

Siguiendo esta conducta, son corregidos por modo oportuno las alteraciones de la refracción.

El autor recomienda, aparte de las condiciones higiénicas de las escuelas, libros, etc., los ejercicios físicos alternantes con los intelectuales, que no ingresen los niños en edad temprana, que no estudien en casas mal dispuestas, preparando mejor las horas de clase, que no se obligue á los delicados y á los que tengan lesiones oculares á trabajos excesivos. Así se logrará que «la clase y el libro sean un medio de cultura y no un instrumento de degeneración física».

VIII. Las enfermedades del aparato auditivo, tan difíciles de remediar, á las veces tan graves, cuando no mortales, y con tanta frecuencia motivo de sordera, sobre todo desde los dos á los quince años, deben, por estos motivos, ser á toda costa evitadas. En verdad, no es la higiene del oído, ni de lo más practicado ni de lo mejor co-

nocido. Conviene vulgarizar las medidas profilácticas, y desde este punto de vista ha hecho una buena obra el Dr. Lermoyez (*La Presse médicale*, 1901). Dividamos el campo de estudio:

Oreja.—Su dirección, que debe ser normal, es modificada por ciertas modas y trajes: unas veces es empujada hacia abajo y adelante por sombreros, etc., pesados y grandes, por cintas, por adornos; otras, apretada contra el cráneo por mecanismos distintos. En ambos casos, y en otros análogos, se perjudica la audición y la estética. Para poner derecho este apéndice, han sido inventados muchos medios, algunos costosos: basta con una simple tela de seda (*foulard*) que rodee la cabeza.

Se han de evitar los enfriamientos, pues los sabañones producen cicatrices más ó menos deformantes. Las cintas de los sombreros en las niñas, y las gorras con orejeras en los niños, son recomendables para esto.

La situación de las orejas es tentadora para los castigos y para bromas imprudentes. Los padres y los maestros deben tener presente que la oreja se ha hecho para oir mejor, no para campo de castigo ó medio de transporte, y así evitarán hematomas, fracturas del cartílago, pericondritis y complicaciones peligrosas.

Los soplos, besos, etc., condensando ó enrareciendo el aire en el conducto auditivo, han producido roturas del tímpano, hemorragias, supuraciones de la caja.

Los zarcillos, con ser tan malos é inútiles, no llevan camino de desaparecer: los sostienen la coquetería y la falsa creencia de que obran como derivativos de los males de los ojos. La perforación del lóbulo no debe hacerse nunca hasta los quince años, y ha de ser realizada por un médico con todas las precauciones necesarias. La erisipela y la sífilis han intervenido algunas veces. Los pendientes deben pesar poco para que no rajen el lóbulo. En los linfáticos han de ser proscritos, si se quiere evitar dermatosis y linfagitis rebeldes.

Conducto auditivo.— Su limpieza, tal como se hace generalmente, puede provocar irritaciones y otitis externas, empujar y atrofiar el tímpano, molestar al oído interno por acción refleja. Los monda-oídos de metal, concha ó hueso, causan erosiones, brecha abierta á una infección, sobre todo la forunculosa. Con la punta del pañuelo, el tirabuzón, etc., se interna más el ceramen en vez de extraerlo y el tímpano sufre. Lo mismo ocurre con los limpia-oídos de esponja, y además son vehículo muy adecuado para el transporte de gérmenes. La irrigación diaria molesta al tímpano.

Se debe recurrir al algodón hidrófilo mojado con unas gotas de agua de Colonia (mejor aceite mineral) y montado en una cerilla; con él se frota suavemente.

En absoluto, han de ser proscritos los aceites vegetales, que constituyen un buen terreno para cultivar mohos.

Oído medio.— A) Por la nariz. — Esta debe llevar á la caja aire y no microbios. Ha de estar expedita para el paso del aire: «nariz tapada en la infancia, sordera en la edad madura». En Alemania, se advierte por el maestro á los padres que sus hijos deben respirar con la boca cerrada; hasta Lermoyez propone cerrar la escuela á los que tengan la boca abierta.

En vez de apretar la nariz al niño con un pañuelo y decirle: «sopla fuerte», con lo cual no salen todas las mucosidades, pues la nariz está cerrada, se envía el aire y el moco á la trompa y caja, causa de otitis, se ha de cerrar alternativamente cada fosa y soplar por la abierta.

El coriza agudo, que atasca la nariz, no permite la ventilación del oído medio y causa infecciones por la trompa, debe ser cuidado con esmero. Nada de vaselina bórica, que no llega hasta el fondo, ni el agua bórica que tantos daños causa por traumatismos é inundación de la caja: úsese el aceite de olivas mentolado al 1 por 50, inyectando tres veces al día algunas gotas con la jeringa nasal de Marfan, estando el niño acostado boca arriba, en cuya postura permanece hasta que la tos avise que ha llegado el líquido á la faringe nasal.

Con más motivo ha de ser atendido el coriza crónico, por lo común producido por vegetaciones adenoides de la faringe. Es un ignorante el que no las diagnostica y un culpable el que nos las quita. Ni el aceite de hígado de bacalao ni el mar pueden curarlas ni prevenir sus malas complicaciones.

B) Por la boca.—Síntesis: «boca sana y nariz libre». La boca debe ser limpiada y desinfectada, de noche mejor que por la mañana, pues de día con la ventilación y la palabra son detenidas las fermentaciones, y de noche, cerrada, los gérmenes se multiplican.

Item.—En todas las *enfermedades agudas*, el oído debe ser examinado con el espéculo.

El *oído interno* exige menos precauciones en la segunda infancia, pero no se olvide que hay sorderas nerviosas causadas por los *gusanos intestinales.*

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital General.

I. Terapéutica de las enfermedades infecciosas de ciclo térmico fijo, por D. Cristino Sánchez Hortigosa. Salamanca, 1900.

II. De las albuminurias; consideraciones acerca de su pronóstico, por D. Carlos Ocaña López. Granada, 1900.

III. Importancia de la bolsa amniótica, por el Dr. D. Enrique Suñer y Martínez. Madrid, 1901.

VI. Fiebre intermitente hepática, por D. Gregorio F. Fernández Osuna. Granada, 1900.

I

El trabajo del Dr. Sánchez Hortigosa, médico titular del Puerto de Béjar, fué recompensado en el concurso de premios de 1896 á 1897 por la Academia Médico-Quirúrgica española, y por esta sola condición, dado el rigor é imparcialidad con que procede dicha Academia para juzgar las numerosas Memorias que acuden á sus concursos anuales, merece ser considerada como una labor útil y acertada del autor.

Esta impresión, fundada en el juicio ajeno, prevalece y se completa después de la lectura de las 100 páginas nutridas de que consta la obra y de las 11 en que D. José de Bustos y Miguel, médico distinguido, presenta al autor y á su trabajo en el prólogo que precede al desarrollo de la tesis. El tema propuesto por aquella Corporación, está concebido en los siguientes términos: En el estado actual de la ciencia, ¿qué terapéutica es preferible en las enfermedades infecciosas agudas de ciclo térmico fijo?

Partiendo de esta base forzada, el desarrollo de la Memoria es, desde luego, muy lógico y racional, puesto que todas las materias que abarca están reunidas en dos partes, ocupándose, en la primera, del estado actual de la ciencia acérca de aquellos procesos agudos, y, en la segunda, de la terapéutica que debe considerarse preferible, constituyendo, como dice el ilustrado autor, una «el postulado, y la otra el corolario de un sólo y mismo problema, que es el que se trata de resolver». En ambas partes, demuestra que se halla al corriente de las modernas ideas, que conoce lo más interesante y pertinente al

asunto, y que, aleccionado por una experiencia bien aprovechada, sabe informar las cuestiones con el criterio personal de su recta y severa apreciación.

Sería injusto negar que la medicina española, de unos años á esta parte, ha conquistado un puesto mucho más respetable en el concierto científico internacional, aunque todavía le falte mucho que recorrer para llegar hasta las avanzadas; pero antes ya de este innegable progreso, y mucho más hoy día, se ha distinguido siempre la medicina patria, en comparación con la de otras naciones, por una ilustración muy plausible y un afán de saber inagotable en la meritoria clase de los médicos rurales, ilustración y afán puestos de relieve, tal vez como la nota más simpática y original, en el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía que se celebró en Madrid en 1898. Nos hemos permitido esta digresión porque estimamos más digno de recompensa y de aplauso el trabajo del Dr. Sánchez Hortigosa, por reunir al valor científico, indiscutible, inherente á los materiales que contiene, el mérito no menos indiscutible y evidente de ser escrito por un médico que no puede disponer de los medios de de que dispone un médico de una capital y no vive en un ambiente apropiado para revelar hasta las ocultas energías y aptitudes, sino más bien en una atmósfera que las agota, enerva ó contrarresta.

Penetrados de la justicia que envuelven las precedentes palabras, ajenas al agradecimiento de haber visto citada una obra nuestra en una de las páginas del trabajo que examinamos, no debe extrañar el autor que le felicitemos por el lauro alcanzado y le impulsemos á que siga por la senda emprendida con tanto acierto.

II

De las albuminurias, consideraciones acerca de su pronóstico, es el tema de la tesis del doctorado del distinguido Ayudante de clases prácticas de la Facultad de Medicina de Granada, D. Carlos Ocaña López. Para desarrollar su trabajo, se ocupa sucesivamente de los siguientes epígrafes: indicaciones sobre la albúmina, génesis de la albuminuria y pronóstico de la albuminuria. En este último, objeto principal de la tesis, estudia, como bases pronósticas, las causas que engendran la albuminuria, los caracteres y el análisis del líquido urinario, el estado de la permeabilidad renal y las circunstancias especiales del enfermo.

La tesis, además de dar una resumida idea de los conocimientos modernos acerca de cada una de las cuestiones transcritas, contiene

algunos casos clínicos de observación personal, que le dan, hasta cierto punto, un cierto sabor de originalidad. De todos modos, las conclusiones tal vez pecán, cuando menos algunas, de demasiado categóricas, si nos hemos de fundar en lo que nos ha enseñado la clínica. La labor del Dr. Ocaña y López, mereció la calificación de Sobresaliente, y no puede negársele que, considerada la albuminuría únicamente desde el punto de vista pronóstico, representa un trabajo muy completo.

III

En un folleto de 31 páginas desarrolla el reputado especialista, doctor D. Enrique Suñer y Martínez, el tema de este discurso, leído en la sesión inaugural del curso de 1901 á 1902 en la Sociedad Ginecológica Española. Aunque nosotros no participemos de la creencia de que la bolsa amniótica carece de importancia en el trabajo del parto, creemos, con el autor, que «es posible que por algunos sea calificado de *baladí* é impropio para discurso de una sesión inaugural (el tema en cuestión), y tal vez no falte alguien que, en el terreno de la crítica severa, le encuentre más ó menos vulnerable... ; pero no hay que mirar tampoco con desdén asuntos que, cual éste, son eminentemente prácticos y envuelven gravísima transcendencia cuando la ignorancia, la precipitación, la impaciencia ó la malicia, pueden ser causa consciente ó inconsciente de la muerte de dos seres».

Toda la importancia social que encierra el mencionado discurso, que no es poca, gira alrededor de las últimas palabras transcritas, y el interés científico que le acompaña, despréndese de los siguientes puntos que sucesivamente estudia : 1.°, formación de las membranas de la bolsa y condiciones del líquido amniótico ; 2.°, fisiología del amnios y del líquido amniótico ; 3.°, la bolsa de las aguas como fenómeno mecánico del parto ; 4.°, peligros de la rotura intempestiva de la bolsa amniótica ; 5.°, cuándo es permitido y cuándo necesario romper la bolsa de las aguas, y 6.°, patología del amnios. Consignamos con el mayor gusto, que cada una de estas cuestiones está desarrollada con estilo fácil y sencillo, con brevedad, sin acudir á citas ni á la autoridad ajena ; es decir, con un criterio tan personal, sin pecar de enfático, que, por una parte, revela lo profundamente conocido que tiene el autor cuanto se refiere con el tema, y, por otra, descubre un clínico, curtido en los azares prácticos de su difícil especialidad.

IV

Esta es una monografía acerca de la fiebre intermitente hepática ó fiebre bilioséptica, que merece ser leída por todos los médicos, á pesar de que, en 24 páginas, se ocupa de muy diversos aspectos del proceso, el ilustrado profesor de Patología interna de la Facultad de Medicina de Granada, Dr. Fernández Osuna. Comienza haciendo la historia del padecimiento, expone después tres historias clínicas personales y el resumen de otras, nacionales y extranjeras. Con estos datos describe á renglón seguido el padecimiento, como una entidad nosológica y termina exponiendo una lista bibliográfica de los trabajos por él consultados.

Las consideraciones referentes á la etiología y patogenia del proceso y los caracteres clínicos, todo ello está expuesto con gran conocimiento de la materia, aunque de un modo conciso, pero que en nada afecta á la claridad de la exposición. No estaría demás, en nuestro sentir, que monografías como la que nos ocupa, si no lacónicas, breves, se publicaran más á menudo acerca de otras enfermedades, lo cual redundaría en provecho de la literatura nacional y en beneficio de los médicos que no disponen de mucho tiempo para ponerse al corriente de la ciencia.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 16 *de Marzo de* 1901.

Enfermedades parasifilíticas.—El Dr. Taboada de la Riva: Vamos á ocuparnos ahora del pronóstico de las enfermedades parasifilíticas. En el decurso de esta ya larga y enojosa comunicación, he tenido el honor de afirmar la incurabilidad de la mayoría de las afecciones parasifilíticas. Efectivamente, las más sencillas son tan molestas como las leucoplasias. Desde el punto de vista del pronóstico, la incurabilidad es casi absoluta: sólo en los casos en que el uso del tratamiento específico ha dado algun resultado, he visto su alivio, pero siempre con tendencia á la recaída. La tabes es incurable; la amiotrofia y la parálisis general son rápida y seguramente mortales.

Esto dicho, claramente se deduce, que siendo las enfermedades parasifilíticas de origen sifilítico y siendo la sífilis tratable, lo lógico, lo natural, es tratar la sífilis á fin de no dar lugar á la parasífilis. Y esto, que á primera vista es fácil, en la práctica es eminentemente difícil, porque no siempre está en nuestra mano evitar los accidentes terciarios ni el período de las enfermedades parasifilíticas. Sin que las unas sean dependientes de las otras, pueden venir los fenómenos terciarios sin que venga la parasífilis, y puede venir ésta en el segundo período, como ya lo hemos visto. Siempre hay precedentes, siempre hay augurios del advenimiento del terciarismo, y cuando una sífilis ha estado bien tratada en los primeros años de su evolución, es lo general que el terciarismo no venga, aunque no siempre.

Habré de ocuparme, como última parte de esta comunicación, del tratamiento de la sífilis, puesto que las enfermedades parasifilíticas, en general, no tienen más tratamiento que el de aquélla.

Ante todo, debo hacerme una pregunta. ¿La sífilis es curable? Yo entiendo que debe contestarse con la afirmativa, con la misma razón con que son curables el artritismo, el herpetismo y otras enfermedades llamadas discrásicas. ¿Son éstas curables?, ó por lo menos, ¿se puede hacer que cedan al tratamiento? Sí. Lo que tiene la sífilis es necesidad de que el tratamiento se continúe de un modo insistente por largo tiempo. Es enfermedad muy traidora; tiene una forma larvada especial para engañar al enfermo, lo mismo que al médico que la trata; tiene la sífilis, desde el accidente inicial hasta el segundo año de su evolución, un período creciente que indica la virulencia de la afección; cede al tratamiento clásico y tiene otro período de *sueño* que, cuando llega, hace creer al individuo que está perfectamente curado, y muchos prácticos opinan que mientras no haya nuevas manifestaciones, no debe emprenderse de nuevo el tratamiento; mas yo creo que en este período es cuando se fraguan las lesiones graves, las lesiones peligrosas, las lesiones mortales. Así, pues, yo debo contestar que la sífilis es *curable* en la misma medida que lo son las demás enfermedades de su naturaleza y condición.

La generalidad de los accidentes graves de la sífilis vienen por el descuido del tratamiento, por la insignificancia que muchos enfermos conceden á esta enfermedad, que es de las más graves que afligen al sér humano, y como el sujeto en este período no se resiente, ni tiene manifestaciones, se deja meses y años sin tratamiento, y cuando aparece el terciarismo las cosas son mucho más graves y á veces irremediables.

El tratamiento de la sífilis comprende, á mi juicio, tres fases, tres aspectos principales: el higiénico, el farmacológico y el hidromineral.

Se da muy poca importancia al tratamiento higiénico, y, sin embargo, es de mucha transcendencia. Apenas si alguno de los que sufren estos padecimientos se someten á este tratamiento, sobre todo en la edad florida; pero es lo cierto que el abuso de las comidas, el abuso de los alcoholes, el de los placeres, el abuso en todos los sentidos, tiene gran resonancia en la importancia de la afección y en la curación de los individuos. Los sujetos sometidos al *surmenaje*, de todos géneros, la vida de la orgía, la vida de los placeres, la vida de los negocios, todo esto predispone á los fenómenos terciarios de la sífilis. Creo que debe llevarse con rigidez la higiene de los sifilíticos.

Quede, pues, sentado que el tratamiento higiénico está muy descuidado y que á os médicos nos está especialmente encomendado hacerle guardar con grande y provechosa energía.

No habré de entretenerme en el tratamiento farmacológico, pero sí diré que desde hace cuatro siglos es el *mercurio* el gran medicamento de la sífilis, pero que es muy difícil de aplicar y de manejar, y que tiene su *ocasio preceps*. Todo lo demás que se aplica en la sífilis son auxiliares, aun cuando el mercurio se basta á sí mismo en muchas ocasiones.

El período primitivo y el secundario son la *ocasio* de comenzar el tratamiento general con decidida energía y continuarle así los tres primeros años.

Durante los fenómenos secundarios ya tienen aplicación los compuestos binarios del mercurio y el iodo; en los primarios el mercurio. El mercurio casi siempre y en los terciarios el mercurio y los ioduros.

¿Cuánto debe durar el tratamiento? ¡Qué tarea tan difícil! Debe durar, por lo menos, tres años, constante, insistente, en toda ocasión, en todo momento, y después de los tres años, á intervalos, durante otros tres. Con este tratamiento podremos dar alguna seguridad á nuestros enfermos de que no vendrá el terciarismo: alguna tranquilidad, no seguridad; hablando como hombres sinceros que debemos la verdad á nuestros enfermos, y nunca hay seguridad absoluta.

No todos los sifilíticos se curan con esta medicación: hay muchos sifilíticos á quienes no basta el tratamiento clásico y como no basta, insistimos acudiendo á otro poderoso, que es el hidromineral. Conste que yo no soy milagrero, que no creo que las aguas minerales curen la sífilis por sí solas; pero *sí sé que hay sifilíticos que si no van á las aguas minerales no se curan*.

El tratamiento normal lo considero dividido en tres grupos: el tratamiento auxiliar, el tratamiento eficaz y el tratamiento de prueba.

No hay, señores, una enfermedad que quebrante el ánimo y las actividades y las energías funcionales como la sífilis, ni hay un tratamiento que, seguido con la insistencia que os he propuesto, pueda afectar en ocasiones más radicalmente la actividad funcional del organismo. Así es que lo que más se destaca en los sifilíticos es la depresión de fuerzas, el decaimiento físico y moral que se señala hasta en el humor y en el rostro del sifilítico.

Hay enfermos que tienen horror á la sífilis por el miedo á su incurabilidad.

Este estado moral que conduce paulatinamente á la neurastenia un poco más tarde; estos apagamientos de las energías, exigen como tratamiento auxiliar el tratamiento termal.

Muy de antiguo, antes de que se conociese la sífilis, venían usándose las aguas minerales en el tratamiento de las enfermedades cutáneas que tienen algún parecido con los fenómenos secundarios de aquélla, y, por lo tanto, nada tiene de particular que se usasen y se usen las aguas sulfurosas, luego las clorurado-sódicas y luego las clorurado-sódicas sulfurosas.

Pues bien; el tratamiento, por regla general, ha sido y es realizado por las aguas sulfurosas de alta temperatura. No siempre se pueden usar en estas condiciones, y una de las excepciones es el caso de las anemias y de las debilidades á que me he referido, y en éste, como en el de la neurastenia, pueden usarse como tónicas reconstituyentes.

En estos casos, pues, el tratamiento auxiliar de la sífilis sólo es tónico-

reconstituyente, y puede, por tanto, unírsele el *masage*, la ducha, etc. Por lo demás, yo creo condición indispensable para las demás indicaciones de la sífilis, la alta temperatura de las aguas y aun del clima en que brotan, y doy tanta importancia á las de Archena como á las de Panticosa, porque entiendo que los sifilíticos deben vivir siempre en climas de alta temperatura.

Este es el tratamiento auxiliar que ha de usarse en los intervalos, en los períodos de pausa del tratamiento farmacológico.

He dicho que no puede usarse el tratamiento específico constantemente, sino á intervalos; hay que dar descanso á la economía para evitar el hábito, para dar lugar á que se reconstituya el organismo, y en estos descansos debe desarrollarse el tratamiento auxiliar, entendiéndose que cuando hable del tratamiento *mixto* os hablo del termal, y me refiero á la simultaneidad del tratamiento termal con el farmacológico.

El tratamiento *termal eficaz* tiene aplicación: 1.°, en las ineficacias; 2.°, en la saturación, y 3.°, en la idiosincrasia.

Hay ineficacias por *intolerancia*; hay sujetos que no pueden admitir la dosis más mínima de mercurio, no hay posibilidad de administrarle, y el remedio de esto es la medicación termal. El por qué, no es tan fácil de explicar como de decir, pero es lo cierto que muchos individuos que no toleran el mercurio, durante la cura termal se suele establecer la tolerancia, y entonces comenzamos á obtener los resultados que deseamos. La ineficacia por intolerancia se combate, pues, principalmente con las aguas minerales clorurado-sódicas-sulfurosas (Archena).

En otras ocasiones hay intolerancia por *saturación*; el individuo no elimina el mercurio que se estanca en el organismo, y viene el hidrargirismo, y sin embargo, los fenómenos curativos no aparecen. Aquí están clarísimamente indicadas las aguas de alta temperatura y clorurado-sódicas-sulfurosas, y aquí es muy importante la estufa; pero no se puede abusar de este tratamiento, que es esencialmente debilitante, y yo cuando he visto fuera de España tratar á los pacientes una semana y otra con las estufas, me he asustado, me ha impresionado que éstos no presenten los fenómenos que se presentan en nuestros enfermos, y es que aquí no podemos *abusar* de este tratamiento, pero debemos *usarle con más larga mano*, en los casos á que vengo haciendo referencia.

¿Por dónde se elimina el mercurio? No lo sé; le he visto en la orina alguna vez; jamás he visto los sudores negros ni las sábanas ennegrecidas.

Cuando ha pasado un tiempo prudencial de la medicación hidromineral, ya no hay saturación; ésta desaparece.

La otra ineficacia es la de la *idiosincrasia*, pues hay individuos que toleran perfectamente el mercurio, y sin embargo, no les da resultado, no hay efectos terapéuticos, como no los hay fisiológicos, y pasan los meses sin que se note el menor alivio. Yo siempre en estos casos uso el tratamiento mixto.

Creo que las inyecciones no se pueden erigir en tratamiento *único*, pero deben usarse en muchas ocasiones y cuando se quiera saturar al individuo en días, en horas, y entonces le usamos al interior, en fricciones y en inyecciones, lo mismo que usamos la quinina en las fiebres perniciosas.

Las modalidades y las formas de la sífilis exigen también en ocasiones el tratamiento termal: la astenia, neurastenia, histeria, exigen la medicación

sedante, y sobre todo si la sífilis ha pasado de los primeros períodos de evolución, puede intentarse la balneación marina, que puede dar resultados verdaderamente prácticos.

Y llegamos al tratamiento del terciarismo, que tiene aplicación en cualquiera de los casos que antes he citado.

Trato muchos enfermos tabéticos, y he tenido el honor de manifestar mi opinión sobre la incurabilidad de la tabes, casi siempre sifilítica, aunque rara vez puede tener otro origen, y hoy no encuentro grandes tabéticos como encontraba en mis mocedades.

Creo que el tratamiento específico auxiliado del hidromineral, impide que llegue la tabes y que venga el tercer período.

La parálisis general no tiene remedio. A los paralíticos generales que yo veo en mi Clínica, transijo con darles cuatro ó cinco baños, y aconsejo á las familias que no sigan dándoles la balneación y empleen ante todo el tratamiento específico, que tampoco da resultado, por regla general.

Las complicaciones con el reumatismo, tan frecuentes, tan diarias, que vienen en el curso de la sífilis y que llamamos *reumatoideas* son híbridas, la combinación del reuma con la sífilis. No son los dolores del tercer período, son dolores terebrantes, lentos, que dejan al enfermo intervalos libres. Para éstos son las aguas de Archena eficacísimas.

Lo mismo digo de las complicaciones con el escrofulismo: ulceraciones de mal carácter, insistentes, largas, crónicas, rebeldes á todo tratamiento, en aquellas aguas, con el tratamiento mixto, ceden perfectamente bien.

Hay otro tratamiento que es el de *prueba*, el de la piedra de *toque*, se ha intentado en ciertos sifilíticos cuyas manifestaciones no se presentaban, y que, por sospechas de serlo ó por querer garantizar la progenie, preguntan si tienen sífilis, y como el médico no posee un verdadero indicador de la curación de este padecimiento, se ha pensado en un tratamiento de prueba que deberían sufrir los sifilíticos para saber si había desaparecido ó no su enfermedad. Hubo época en que esto estuvo en gran boga; hubo tiempo en que los prácticos usaron las aguas minerales con el mismo furor con que hoy se usan los antisépticos; hoy ha venido la reacción y se proscriben por completo. El tiempo hará justicia. La prueba se reducía al tratamiento termal, y si durante él no se presentaban nuevas manifestaciones, el individuo estaba curado. A mí no me basta el tratamiento de prueba para declarar que el individuo está curado; he tenido algún desengaño muy funesto y me miro muy mucho antes de hacer estas aseveraciones. Ahora, si da lugar á manifestaciones sifilíticas, entonces sí las aprecio. Ocurre lo mismo que con la vacuna, pues si á un individuo se le vacuna y no le prende, queda la duda de si es inmune. El resultado negativo no tiene para mí garantía ninguna.

De cualquier manera, yo quiero hacer constar que se atribuyen al tratamiento antisifilítico males que no le son imputables, verdaderas calumnias; quien dice que el mercurio es el causante de esta ó la otra enfermedad, ¡ah, no, señores! ¡Si esto es propio de su ciclo! ¡Si esto es lógico en su marcha! Cansados estamos de oir que la quinina es la causa de los infartos viscerales y sabemos, sin embargo, que son consecuencia del paludismo.

Desgraciadamente, si España tiene muy buenas aguas minerales para la curación de estas enfermedades, no tenemos, por nuestras costumbres espe-

ciales, hábitos para curarnos. ¿Cómo es posible que con nueve baños y nueve duchas y nueve fricciones que se da todo atropellado, se obtengan resultados? No es posible, hay que dar tiempo al tiempo, y el tratamiento termal no se puede usar en tan pocos días; y este absurdo no sólo le sostienen los enfermos, sino nosotros los prácticos. Se quejan los alemanes de tener cuarenta y dos días de *saisson*, los franceses de que tienen veintiún días; pues más debemos quejarnos nosotros que sólo disponemos de nueve. Ya dice el instinto público que debe volverse tres temporadas, que hacen veintisiete días, y yo creo que esos veintisiete días debían ser para una sola temporada. Usan el tratamiento mixto en España dos establecimientos, en Francia cuatro ó cinco, donde el enfermo permanece casi cuarenta días, no tomando 40 estufas ni 40 baños, sino alternando racionalmente estos procedimientos. En la práctica civil nadie dice que se le cure en cinco ni en siete días, porque tiene que marcharse, pero á nosotros sí se nos exige así en los balnearios.

Réstame decir algo del tratamiento profiláctico de la sífilis, pero el tratamiento público me deleita. Por mis antiguas aficiones á todo aquello que es Sanidad, y así como decía D. Juan Nicasio Gallego que había una afición desdichada en nuestros literatos, que es la afición á la política, yo digo que entre nosotros la afición mala es la de la Sanidad. También ésta tiene que ocuparse de la sífilis, que es una plaga social, y, por lo tanto, está en los deberes del Poder público impedir su propagación y sus estragos, y como este mal no es evitable, debe reglamentarse. Mala es la prostitución, malas las enfermedades sifilíticas, mas si aquélla no se puede impedir, fuerza es reglamentarla. En España tenemos un régimen verdaderamente cantonal: cada gobernador, cada alcalde, ha dictado un reglamento más ó menos acertado que ha venido á la aprobación superior y que rige en su territorio. Esto no puede ser; hay que unificarlos, centralizarlos y garantir la seguridad de la salud de las desdichadas mujeres que se dedican á tan triste oficio. Ya que hoy tenemos la fortuna de contar entre nuestros académicos al Director general de Sanidad, yo tengo que pedir al Sr. Director que reglamente estos males que son inevitables.—Dr. Eduardo Toledo.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

PRESIDENCIA DEL DR. D. EUGENIO GUTIERREZ

Acta de la sesión científica celebrada el día 13 *de Marzo de* 1901.

Infección estafilocócica.—El Dr. Benitez: La niña M. S., de seis años, de constitución delicada, piel pálida y fina y con estigmas de los llamados por algunos de linfatismo (manifestaciones impetiginosas, otitis, eczema nasal, hipertrofia amigdalar por amigdalitis repetidas é infartos ganglionares consecutivos, etc., etc.), experimentó el 19 de noviembre de 1900, mal estar general y escalofríos, que la obligaron á permanecer en cama, y dolores articulares, sobre todo, en la rodilla derecha, fiebre (38°,5) y molestias al deglutir explicadas por el aumento de volumen de ambas amígdalas, que á la inspección se notaban más rubicundas que lo que correspondía al estado fisiológico. Al mismo tiempo aumentaron de volumen los ganglios submaxilares correspondientes.

Durante los días 20 y 21 se acentuaron los síntomas referidos, disminuyeron las fuerzas y recubriéronse ambas amígdalas de un exudado blanquecino, que según el análisis bacteriológico practicado por el Dr. Roca, resultó ser debido á la presencia de estafilococus, en su mayoría asociados á estreptococus.

El día 22 continuó el mismo estado y mejoró durante los días 23 y 24, no acusando ninguno de ellos ni de los siguientes, albúmina en las orinas. El día 25 se presentaron manchas de púrpura y una abundante melena que fué decreciendo dos días después, y debilitó á la enfermita más de lo que ya estaba. Pasados algunos días más curó la niña.

Posteriormente, un hermanito de cuatro años de edad padeció una amigdalitis también estafilocócica, con exudado crupal abundantísimo, de la que al fin curó, después de haber terminado por supuración gran número de ganglios del cuello.

De lo dicho puede deducirse:

1.° Que las artropatías frecuentes en éstas y otras infecciones, así como los demás síntomas que los acusan, deben estudiarse y darles el valor que les corresponda, según su patocronia, base importantísima sobre la que se fundamentará el diagnóstico.

2.° Figurando en la etiología de la púrpura la estafilococia, tendremos presente que algunas veces se observa aquella en el curso de las anginas, aun las más vulgares al parecer clínicamente, no obstante dejen de consignarlo así muchos autores.

3.° La importancia que tiene para el diagnóstico en las afecciones llamadas microbianas el análisis de los productos.

4.° La probable seguridad clínica que da al diagnóstico los contagios consecutivos.

5.° Cómo por una síntesis científica puede llegarse procediendo así á la unidad del diagnóstico etiológico.

El Dr. Roca: Los casos presentados por el Dr. Benitez, corroboran una vez más la compenetración de la Clínica con el Laboratorio. Vemos que á pesar de haber amigdalitis seguida de infartos, no era difteria. La supuración de los ganglios cervicales que sobrevino en el segundo hermano, nos hace desechar la difteria, pues la difteria no supura si no es asociada. La púrpura depende de la eliminación de las toxinas por la piel y la hemorragia por hemofilia.

El Dr. Benitez: La causa de la púrpura es lo mismo en la piel que en las mucosas. Unas veces la extravasación en la piel y otra en el intestino.

El Dr. Gutiérrez: El Dr. Benitez sabe observar bien sus enfermos. Agrupa síntomas tan distintos debidos á una sola y misma causa. A otro no se le hubiera ocurrido que todo lo que presentó su enfermo pudiera ser dependiente de una toxihemia asociada, y es que la unificación etiológica va estableciéndose en patología. Citaré, á propósito de esto, el caso de una señora, asistida por mí, que á los diez días de una infección intestinal, presentó melena, púrpura y un flemón en la nalga: pues bien, todas estas manifestaciones eran debidas á una misma causa, la infección intestinal. No está demostrado que el colibacillus dé origen á supuraciones, y si esto ocurre, es debido á que va asociado.

Hace dos años operé una joven á consecuencia de un hematosalpinx que no tenía adherencias al ciego, y que no se infectó, pero á las veinticuatro horas presentó el pulso frecuente, cara hipocrática, disnea, que revelaban una infección agudísima del peritoneo; reabrí el vientre á las cuarenta y ocho horas de operada, y recogidos algunos exudados pelvianos y analizados, no se encontró más que colibacilos, lo mismo que en los cultivos. La enferma murió. Este caso demuestra que el colibacillus puede pasar al peritoneo á través del intestino. En el primer caso que cité, es muy raro que el colibacillus fuera el causante de la melena y el flemón de la nalga. Es necesario que el colibacilo se asocie á los estafilococos para producir supuraciones. Es necesario, como opina el Dr. Roca, que los bacilos de Löffler se asocien á los estafilococos para que la difteria supure.

El Dr. Ortega: No estoy conforme con que el bacillus coli necesite asociarse á ningún otro para producir supuraciones. El bacillus coli, ese bacilo de las tifoideas benignas ó infecciones intestinales, puede supurar. Citaré el caso siguiente: Una niña, á la que había asistido de una infección intestinal nuestro compañero el Dr. Martín Muñoz, presentó cuando ya estaba casi dada de alta, fiebre, escalofríos y una tumoración. Llamado en consulta para el tratamiento quirúrgico de la tumoración, ví que se trataba de un absceso que desbridé extensamente, dando salida á gran cantidad de pus. No se hizo el análisis bacteriológico, pero estoy seguro que aquélla fué enferma de colibacilo y lo mismo el pus del absceso.

El Dr. Benitez: Sin querer modificar el diagnóstico que á su tiempo se hizo por el médico de cabecera y el Dr. Ortega, muy bien pudiera tratarse de una fiebre supuratoria, pues sabemos lo parecidas que son á las infecciones intestinales ligeras; además, muchas veces se acompañan. Yo creo que son pocos veinticinco días que el niño estuvo con la infección intestinal para formar la cantidad considerable de pus que tenía cuando el Dr. Ortega desbridó.

El Dr. Ortega rectifica brevemente.

El Secretario de actas,
Ruperto Sánchez.

PERIÓDICOS

Pequeñas lesiones nasales dan lugar á grandes trastornos de la inervación. — El Dr. Alvaro Presta publica, en la *Revista de Medicina y Cirugía de Barcelona*, las siguientes consideraciones clínicas acerca de este asunto:

A pesar del conocimiento actual, de múltiples reflejismos, cuyo origen radica en la mucosa nasal, aun en ocasiones, se presentan á observación casos interesantes, que constituyen una verdadera sorpresa.

De entre numerosos casos de trastornos reflejos á distancia, refiere dos observaciones, que encierran profunda enseñanza, no solo para los que se dedican especialmente á rino-patología, si que también para los médicos en general.

Observación 1.ª—D. E., niño de seis años, robusto, en buen estado de desarrollo, sin antecedentes hereditarios dignos de notar y con el solo antecedente patológico de haber padecido varias bronquitis leves, que nunca le obligaron á guardar cama; se presentó á su observación en enero de 1898, refiriendo sus padres que desde el invierno anterior presentó fatiga, cuando con otros niños, se dedicaba á los juegos propios de su edad. Esta fatiga fué aumentando al extremo de convertirle en mero espectador de los ejercicios en que antes era activo mantenedor. No dieron á ello importancia sus padres, porque el niño estaba alegre, dormía bien, aunque con alguna fatiga, comía bien y realizaba todas sus funciones vegetativas perfectamente, sin acusar nunca molestia ni dolor alguno. Durante el verano siguiente se alivió algo la fatiga, aumentándose tanto al llegar los primeros fríos del invierno de 1898, que se vió imposibilitado de ir á la escuela, que distaba de su casa unos 500 metros. Hiciéronle ver entonces por el médico de la población en que residen, quien diagnosticó «hipertrofia verdadera del corazón», debida según él, á los violentos esfuerzos que hacen los niños en el campo en sus juegos esportivos.

Respiraba con la boca abierta, siendo las inspiraciones aceleradas. No había hipertrofia de las amígdalas ni vegetaciones adenoides en el cavum naso-faringeo; la voz clara y vibrante; sonoridad completa á la percusión en todos los ámbitos pulmonares; por la auscultación se percibían estertores sibilantes discretos y de grandes burbujas, el ruído alveolar rudo como era propio de su edad.

El corazón latía violentamente, pero la punta correspondía al quinto espacio intercostal y no había aumento en la zona pleximétrica que le correspondía; ningún ruído anormal acompañaba á los fisiológicos, claros y potentes, pero había sí tal alteración en el ritmo cardíaco, que no seguían orden alguno, ni los latidos entre sí, ni las intermitencias, que se presentaban sin orden, después de uno, dos, tres, cuatro ó más latidos, rápidos ó lentos.

No halló en el enfermito nada que pudiera inducir la creencia de una lesión cerebral ó meníngea. No había tampoco alteración en la composición química de la orina que era abundante.

Recordando que según Frank, Schiff y Bert, una excitación permanente de la membrana de Schneider produce trastornos en la inervación cardiopulmonar, y no hallando por otra parte lesión alguna que diera cuenta plausible de tal estado de cosas, examinó la nariz: por la inspección se veía ligeramente abotagada sin dolor á la presión en ningún sitio. Por el examen rinoscópico se veía toda la mucosa turgente, con arborizaciones vasculares y rehinchamiento total, sin obstrucción, embadurnado todo por densas mucosidades pegajosas. El niño apenas sabía sonarse y de aquí que al hacerle soplar por la nariz se oyera la salida del aire, estertoroso y sibilante. Necesitaba respirar con la boca abierta y no podía respirar solo por la nariz, porque aumentaba la disnea.

Cocainizó la mucosa para evitar el reflejismo y si así se modifican muy notablemente los fenómenos reflejos ó desaparecen, casi se puede asegurar que son de origen nasal; mas conviene no olvidar la influencia de la sugestión en individuos con gran predominio del sistema nervioso, y los que pre-

sentan reflejos á distancia, se hallan todos en este caso, necesitándose para que sea completo el experimento clínico, la contraprueba, esto es : una vez calmados los reflejos por cocainización, provocarlos de nuevo mediante una excitación fuerte en la propia mucosa. Así procedió en este caso. Durante veinticuatro horas, sus padres le embadurnaron la mucosa nasal (cada tres horas) con una solución de cloruro de cocaína y al verlo al día siguiente, el niño respiraba bien, había desaparecido la arritmia cardíaca, aunque persistía un poco de taquicardia (100 pulsaciones por minuto). Aplicó el doctor Alvaro entonces á cada lado de la nariz una torunda empapada en tintura de iodo y á los pocos minutos vió reproducirse los fenómenos observados el día anterior.

En posesión ya del secreto, fácil fué el tratamiento, que consistió en cauterizaciones lineares de la mucosa con el galvano-cauterio, llevadas á cabo en tres sesiones con dos días de intervalo, y como tratamiento consecutivo, duchas nasales con una solución caliente de cloruro amónico en agua al 1 por 100, medicación recomendada por el Dr. Suñé y Molist, que ha dado muy buenos resultados, por fluidificar la secreción y descongestionar la mucosa. Quedó el niño después de un mes libre de sus dificultades respiratorias y circulatorias, sin que después de dos años y habiendo tenido posteriormente el sarampión, se hayan reproducido.

Observación 2.ª—D. N. N., médico, de treinta y dos años, muy estudioso y activo, que ejerce en una población rural, linfático-nervioso, sin antecedentes patológicos notables, hijo de padre artrítico y asmático, observó que permaneciendo en una atmósfera caliente, tenía sequedad y obstrucción nasal, peso en la frente, dificultad respiratoria y cierto entorpecimiento de ideación ; fenómenos que desaparecían al salir al aire libre para reproducirse cuando se dedicaba con ahinco al estudio. Con el transcurso de los días aumentáronse las molestias, sintiendo ahogos y pesadez cefálica cuando ascendía una cuesta ó alguna escalera, observando entonces disminución en el número de latidos cardíacos ; preocupado grandemente por serle imposible el estudio y aun el ejercicio de la visita cuotidiana, fué cayendo en un estado de abatimiento próximo á la neurastenia : flojedad muscular, cefalalgias, dispepsia, estreñimiento pertinaz, hipocondría, acompañado este estado de las susodichas obstrucción nasal, disnea y bradicardia acentuada (50 pulsaciones por minuto). Tenía con frecuencia corizas agudos con ligero despliegue febril que le obligaba á guardar cama uno ó dos días, continuando las cosas después en el mismo estado. Viendo la inutilidad del tratamiento tónico, higiénico y farmalógico á que se sometió y perdida su energía moral que es mucha, consultó al Dr. Presta, creyendo muy cuerdamente que tal vez todo el síndrome que presentaba, era originario de la dificultad persistente á la libre respiración nasal.

Ni en las fauces, faringe, laringe, tráquea, bronquios ni pulmones había nada anormal.

Corazón y grandes vasos, salvo el retardo uniforme en el ritmo cardíaco (50 latidos por minuto) se hallaban en estado fisiológico. Habíanse practicado reiterados análisis de orina sin encontrar anormalidad alguna.

Examinó la nariz no viéndose por la inspección externa, hinchazón ni deformidad perceptibles ; tampoco había puntos dolorosos. Por el examen ri-

noscópico, se veía: hipertrofia ligera de la mucosa de los cornetes, fuertemente colorada y excesivamente sensible á los contactos.

Prescribióle como reactivo y tratamiento á la vez, pulverizaciones de ortoformo y mentol.

A los ocho días habían desaparecido todas las molestias; se creía curado.

Continuó el tratamiento y posteriormente le ha visto desaparecida la ingurgitación de la membrana de Schneider, respirando perfectamente y con 78 pulsaciones por minuto. No ha tenido más corizas febriles.

El hecho de presentarse reflejos nerviosos á distancia con mayor frecuencia de lo que generalmente se cree, como lo atestiguan las numerosas observaciones que de asma, neuralgias variadas, epilepsia de origen nasal, laringitis estridulosa, vómitos reflejos, neurastenia (Castex-París, 1899), etc., etc., recogidas bajo la garantía de nombres respetables y tal vez más que otra la facilidad del éxito, en casos bien comprobados, son las causas que le han movido á dar publicidad á los casos que preceden, permitiéndole recordar con Lermoyez que «el descubrimiento de las neurosis reflejas de origen nasal, trajo tras sí tal exceso de operaciones intranasales, que vino á no tardar una reacción, y la mayor parte de los clínicos se negaron á aceptarlas, necesitándose para ponerlas á la orden del día, el transcurso de mucho tiempo y al acúmulo de numerosas observaciones».

Gangrena pulmonar difusa latente.—En *La Unión Médica*, de Lérida, publica el Dr. Martínez Vargas la observación clínica siguiente:

El día 12 de octubre de 1899 ingresó en la Clínica de Pediatría de la Facultad de Medicina de Barcelona un niño de tres años de edad, cuya respiración agitada, daba á entender desde el primer momento que debía padecer de alguna afección respiratoria. Con efecto, mediante la percusión, pudo apreciarse que toda la zona correspondiente al pulmón izquierdo daba un sonido apagado; esta falta de resonancia se percibía hasta el espacio semilunar de Traube; en la parte externa y posterior del lado izquierdo, había también falta de resonancia; por medio de la auscultación *comprobó* la ausencia de sonido en la respiración, de *ronchi* y de *crepitación;* no había tampoco vocal fremitus; en el pulmón derecho encontró con la percusión una resonancia normal, y con la auscultación una respiración pueril, sin estertores ni ronquidos; el tubo digestivo estaba poco alterado. La temperatura era de 39°,5; las pulsaciones 142; la respiración 64; de cuando en cuando había tos seca, insistente y ligera disnea.

Fuera de una lactancia defectuosa y de un raquitismo algo acentuado que existía á la sazón, el niño no presentaba otros antecedentes patológicos, ni propios ni de sus padres; tan sólo había tenido un enfriamiento.

Diagnóstico. — La primera impresión diagnóstica llevaba á aceptar, antes que una bronco-pneumonía ó una pneumonía, un derrame pleurítico de poca intensidad; pero la falta de resonancia de la voz, la falta de egofonía y de resonancia expiratoria y el resultado negativo de la punción exploradora, indujeron á desechar aquellos diagnósticos y á aceptar el de *espleno-pneumonía.*

El Dr. Vargas prescribió al enfermito una gran revulsión en el costado izquierdo y en las piernas, y una poción amoniacal.

Día 13.—Tuvo una pequeña hemoptisis; expulsó por la boca unos 40 gramos de sangre. Gran mejoría del estado general; temperatura, 37°,7; respiración, 60; pulsaciones, 136.

Días 14 *y* 15.— La tos fué más blanda; la expectoración consistía en una saliva espumosa y blanca.

Temperatura, 37°,6 C.; respiraciones, 54; pulsaciones, 120.

Le prescribió una poción alcalina y expectorante, y embrocaciones con tintura de iodo en la pared torácica.

Día 16.—La macicez á la percusión fué menos intensa; en el espacio semilunar de Traube, el sonido era claro; por la auscultación se percibían estertores crepitantes y de grandes burbujas.

Día 17. — Sin causa apreciable, comenzó á subir la temperatura (38°,6), se presentó diarrea y la tos se hizo seca.

Día 18.—Los signos físicos del pulmón no acusaban agravación del estado local, antes al contrario, revelaban disminución de la consolidación pulmonar, y sin embargo, el estado general del niño se presentó alarmante por la palidez de la cara y mucosa labial, por la dilatación pupilar, por la debilidad cardíaca, por la agitación respiratoria y el marcado abatimiento; había una gran *astenia*, y ésta resultaba inexplicable; sin saber cómo, veíase venir la muerte con cierta rapidez.

La *espleno-pneumonía* era incapaz de dar la explicación de aquella gravedad, pues los síntomas locales, si acaso, hubieran revelado mejoría; un *derrame pleurítico abundante* que produjera dislocación cardíaca, era imposible de aceptarse en aquel caso, pues lo rechazaban la percusión y la auscultación, y además resultaron negativas varias punciones exploradoras; tampoco cabía pensar en una auto-intoxicación de origen intestinal, toda vez que el tubo digestivo aparecía casi normal; además, *el aliento del enfermito era casi inodoro, no revelaba fetidez ni fermentaciones gástricas, ni de otra índole;* aquel niño moría cual si hubiera sido un *tuberculoso latente*, en el cual, el agotamiento producido por la toxina tuberculosa, dominara toda la escena morbosa, y sin embargo, los antecedentes, que eran negativos, la falta de ganglios múltiples infartados, la falta más absoluta de los fenómenos respiratorios precoces, todo, en una palabra, rechazaba en aquel niño la idea de la tuberculosis latente ú ostensible.

En los días 19 y 20 se acentuaron estos fenómenos de debilidad general, y á pesar de usar los tónicos, el alcohol, la digital, la cafeína y las inyecciones subcutáneas de aceite alcanforado y de eucaliptol, *sin que advirtiérase olor de gangrena en el aire expirado*, murió el niño el día 21 á media noche, esto es, á los ocho días de haber comenzado la observación.

Autopsia. —Levantada la pared anterior del tórax, se encontró el pulmón izquierdo negruzco desde el vértice á la base, con grandes oquedades llenas de un líquido gris, negruzco, con coágulos y bridas de tejido; despedía un olor *fétido y penetrante;* el olor propio de la *gangrena;* por su superficie, el tejido pulmonar estaba consolidado, carnificado, se hundía en el agua y estaba tan íntimamente adherido á la pared torácica, que fué imposible separarle; por eso al levantar la pared anterior se rasgó el pulmón, dejando al descubierto la parte gangrenada. Las investigaciones químicas é histológicas pusieron fuera de duda que la lesión era *gangrenosa*. Examinados los

ganglios y el resto del pulmón, no pudo encontrarse la más mínima huella de tuberculosis.

Sin duda ninguna, éste ha sido un caso de gangrena difusa del pulmón izquierdo, en el cual, por haberse unido íntimamente la superficie á la pared torácica, no se ha producido una lesión pleurítica ni derrame ni pneumotórax, que lo hubiera puesto de relieve, y por no haberse abierto tampoco ningún foco en un bronquio, no ha podido presentarse la *fetidez del aliento* ni la *expectoración característica* que habrían dado resuelto el diagnóstico.

Ha sido, pues, éste un caso de *gangrena latente*, que sólo por la autopsia se ha podido diagnosticar.

En realidad, constituye un proceso morboso, harto raro, que merece consignarse en la literatura por esta condición, y además, porque ofrece dos particularidades curiosas: una causa nueva y la hemoptisis prematura.

«En la etiología consignada por los diversos autores, dice el Dr. Martínez Vargas, no figura para nada entre las causas productoras la espleno-pneumonía; es, por lo tanto, ésta una nueva causa que debe figurar en los tratados; acaso podría asimilarse esta causa al infarto pneumonía consignado por Jacobi; la *espleno-pneumonía*, por el hecho de ser sus lesiones intersticiales, debía producir compresión de los capilares nutricios del pulmón, y por consiguiente, la lesión nutritiva que engendró el esfacelo; á pesar de que la hemoptisis hubiera podido disminuir algo la *compresión*, no fué bastante para impedir la gangrena; según Rilliet y Barthez, este síntoma de la hemoptisis no es muy frecuente; en sus 26 casos, de ellos 13 con tuberculosis, sólo se registró la hemoptisis una vez por cada cuatro enfermos.

Entiendo que por efectos de la menor resistencia del niño, la gangrena del pulmón, máxime si es difusa, mata por auto-intoxicación, sin dar tiempo á que el proceso, por destrucción, llegue á abrir una gran vía bronquial ó pleurítica; en este caso, la gangrena causa la muerte sin salir del *estado latente*, sin que se haya llegado á la *expectoración gris* ni á la *fetidez del aliento;* por eso la gangrena latente del pulmón, es más propia en el niño que en el adulto.

En resumen, paréceme que de este caso y de algún otro parecido, puede establecerse la siguiente *regla clínica:* siempre que en el curso de una afección pulmonar, con hemoptisis ó sin ella y libre de tuberculosis, haya disparidad entre los síntomas locales y generales, esto es, que haya mejoría aparente del estado local del pulmón, al mismo tiempo que se agrave el estado general, por una astenia más ó menos intensa, será lógico suponer la existencia de una gangrena pulmonar latente, aun cuando falte el olor fétido del aliento». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE PARÍS

Sesión del día 21 *de Marzo de* 1901.

Parto rápido en el caso de placenta previa. — Los Dres. Demelin y Macé: Acabamos de observar, en la Clínica Tarnier, en una albuminúrica, un caso de placenta previa que necesitó la terminación rápida del parto. Se trataba de una placenta que cubría en parte el orificio interno del cuello; en la profundidad se sentía el cordón procidente. Aunque el estado de la madre era satisfactorio, nos decidimos, para asegurar la vida del hijo, á hacer la dilatación rápida del cuello por el procedimiento de Bonnaire. Después de haber introducido sucesivamente varios dedos de cada mano, produciendo así el amasamiento excéntrico, se obtuvo la dilatación completa. La criatura se extrajo de nalgas, pero como sobrevino la retracción espasmódica sobre el cuello del feto, fué preciso aplicar el forceps sobre la cabeza retenida para terminar el parto. El resultado fué excelente para la madre y para el hijo.

Parálisis obstétrica. — El Dr. Maygrier: Las parálisis de los recién nacidos son bastante raras, sobre todo hoy que se conocen mejor los procedimientos de extracción del feto. He observado recientemente un caso en la Caridad. Fué preciso para terminar el parto practicar la versión. La operación se hizo con gran facilidad, y la única maniobra á que puede atribuirse la parálisis fué la transformación del brazo anterior en posterior. La criatura nació con parálisis del plexo braquial, que persiste todavía, á pesar de que se han empleado durante varias semanas las corrientes eléctricas. Esta duración prolongada es algo excepcional.

Dos casos de evisceración intrauterina. — El *Dr. Bonnaire*, presento á la Sociedad dos fetos de cinco meses de edad, cuya historia es interesante en alto grado. En el primer caso se trataba de una mujer que ingresó en el Hospital Lariboisière, donde abortó. El feto nació de cabeza, y cuando salió al exterior, se observó que estaba momificado y que faltaba toda la parte posterior, desde más arriba de la pelvis. Al poco tiempo fué expulsado otro segundo gemelo, también macerado, pero bien constituído. ¿A qué era debida esta mutilación? ¿Puede atribuirse á la amputación espontánea por una circular del cordón ó una brida amniótica? El examen de la sección hacía desechar esta hipótesis. Es más probable que á causa de un error de diagnóstico se hubiera practicado el raspado uterino á esta mujer, y que la cucharilla hiciera la amputación en el primer feto. El operador debió obrar indudablemente de buena fé, porque la placenta muy degenerada hacía pensar en una endometritis gravídica avanzada. El segundo feto, macerado también, procedía de una enferma que dió á luz en el mismo Hospital. Pre-

sentaba evisceración completa de los órganos torácicos y abdominales. Examinándole de cerca, se notaba que la división de los tejidos era congénita, y que además, existía escoliosis pronunciadísima y atrofia de la pelvis, causada probablemente por la compresión intrauterina, porque el útero se hallaba retenido en retrodesviación.

Dos casos de desgarradura incompleta del útero. — El Dr. Brindeau: He observado sucesivamente dos casos de desgarradura subperitoneal del segmento inferior del útero, á causa de la extracción de nalgas en una pelvis estrecha. La desgarradura se extendía hasta el anillo de Bandl, y los fenómenos de colapso fueron muy acentuados. En ambos casos hubo depresión profunda, 140 pulsaciones, vómitos verduzcos, abombamiento del vientre, etcétera. Se taponó con gasa esterilizada la desgarradura de la cavidad uterina. En el primer caso, este tratamiento fué bastante eficaz y bastó renovar diariamente la gasa para que la mujer curara en tres semanas. La segunda enferma estaba infectada, y como el taponamiento fué insuficiente, necesité hacer el desagüe con un tubo grueso, por el que hice varias veces al día inyecciones antisépticas. Octuve también la curación. Creo que en estas desgarraduras es preciso hacer el taponamiento si se observa en la bolsa tendencia á sangrar. En el caso contrario, es preferible desaguar por medio de un tubo y lavar la cavidad con antisépticos no tóxicos, como el hipoclorito de cal ó el agua oxigenada. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 12 *de Marzo de* 1901.

Distrofia orquídea. — El *Dr. Variot* presenta un muchacho de doce años, criptorquídeo y con todos los rasgos de un verdadero eunuco. Es grueso y de formas mórbidas, tiene la pelvis ancha, el monte de Venus como el de una mujer y el pene retraído. No se sienten los testículos en las bolsas, ni el conducto inguinal. Hay, por lo tanto, ectopia testicular abdominal. El muchacho es muy tímido y de inteligencia poco desarrollada.

Tratamiento de la apendicitis. — El Dr. Kirmisson: Voy á llamar la atención sobre un punto del tratamiento de las apendicitis agudas. Creo que es más eficaz el tratamiento médico al principio, y soy partidario de la operación en frío. Someto el niño á la dieta absoluta y empleo el opio al interior, el hielo sobre el vientre, etc. Para conjurar los accidentes de infección intestinal, son útiles los enemas evacuantes. Estos enemas, que conviene sean cotidianos, se emplearán cuando el enfermo no tenga dolor de vientre ni fiebre, es decir, cuando la apendicitis se halle en defervescencia.

El Dr. Le Gendre: Soy de la misma opinión que el Dr. Kirmisson, pero no creo que sea necesario evacuar el intestino no alimentando al enfermo.

El Dr. Kirmisson: Administro un poco de leche cuando empleo los enemas.

El Dr. Méry: Creo que es útil combatir el estreñimiento, causa de infección y de fiebre.

El Dr. Villemin: Acepto las ideas del Dr. Kirmisson excepto en lo que se refiere al uso del opio. Este medicamento estriñe al enfermo y calma el dolor, que es de tanta utilidad para el diagnóstico.

Dolor de costado abdominal.—El Dr. Guinon: En las afecciones pulmonares ó pleuríticas de la infancia, el dolor de costado suele localizarse, no en el tórax, sino en el vientre, y á veces en un punto bastante bajo. En ciertos casos, á causa de esta localización, puede creerse que se trata de una apendicitis, pero no existe la defensa muscular que revela la peritonitis.

El Dr. Le Gendre: Se ha propuesto el nombre de pneumonía apendicular para designar estos casos. La defensa muscular es mejor signo para el diagnóstico de la apendicitis que el punto de Mac Burney.

Profilaxis de la difteria por el suero de Roux. — El Dr. Guinon: He conseguido yugular con la inyección preventiva de una cantidad pequeña de suero de Roux una epidemia grave de difteria que se desarrolló en las salas de niños idiotas y epilépticos de la Salitrería. Hubo 12 casos graves en dos días. Hice inyecciones preventivas de 10 y 20 cent. cúb. de suero de Roux á todos los asilados y la epidemia se contuvo.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del dia 6 *de Marzo de* 1901.

Útero con lesiones múltiples.—El Dr. R. Boxall presentó un ejemplar patológico que comprendía la mayor parte del útero y sus apéndices, extirpado á una mujer soltera de cuarenta y seis años. Un fibroide quístico nacido, al parecer, en el lado derecho del útero ocupaba la pelvis, pero fué posible extirparlo con el útero y sus apéndices. Su desarrollo había sido rápido durante los meses últimos. En la época de la operación llenaba casi por completo el abdomen y la pared vaginal sobresalía bastante hacia abajo, principalmente en el lado derecho. El abdomen se abrió en la línea media dando salida á una gran cantidad de líquido. El quiste se punzó extrayéndose un líquido de color verde oliva, que se coagulaba al momento. Como fué imposible separar el quiste del útero, se practicó la histerectomía. Al practicar ésta la enferma cayó de repente en un colapso profundo, debido á una hemorragia que se produjo en el quiste por rotura de un seno voluminoso de su pared interna. La hemorragia se contuvo por la torsión del quiste que se rellenó después con algodón. Quedó un colgajo bastante extenso de la pared anterior del útero, suficiente para aislar la cavidad peritoneal. Después de la operación se pusieron enemas salinos con los que se reanimó la enferma. Además de este quiste había nódulos fibroides subperitoneales, y otro nódulo pequeño canceroso en el pabellón de la trompa derecha.

Sarcoma del útero.—El Dr. A. W. W. Lea, narró el caso siguiente: la enferma de sesenta y dos años tuvo hemorragia uterina y dolor pelviano en los cuatro meses últimos. Después se presentaron síntomas de pelvi-celuliris difusa, con retención de orina y oclusión parcial del recto. La pared anterior de la vagina sobresalía hacia abajo. El cuello estaba atrofiado, el cuer-

po del útero aumentado de volumen y en retroflexión. No había peritonitis. La enferma murió por extenuación y envenenamiento séptico. La sección de la pared uterina anterior, que estaba muy aumentada de volumen, se hallaba ocupada por un neoplasma duro que interesaba todo su espesor. El útero era móvil y los ovarios, las trompas de Falopio y los ligamentos anchos eran normales. La vejiga estaba dilatada y con indicios de cistitis. En el suelo de la pelvis había una masa dura de exudación que interesaba la uretra y la pared vaginal anterior y estrechaba bastante el recto. El examen microscópico demostró que el neoplasma del útero era de naturaleza sarcomatosa.

Pólipos mixematosos múltiples del cuello uterino.—El Dr. W. Duncan refirió el caso de una mujer de cincuenta y siete años, á la que diez y ocho meses antes se la extirpó un pólipo que ocasionó una hemorragia abundante por espacio de seis meses. Un año después se reprodujo la hemorragia y fué preciso repetir la operación. Desde entonces la hemorragia había sido más ó menos constante, pero hace una semana se hizo abundantísima, en vista de lo cual se decidió operar á la enferma. Anestesiada ésta se puso al descubierto el cuello uterino en el que se implantaba una masa compuesta de 20 á 30 pólipos de distinto tamaño, cuyo color variaba del rojo obscuro al ambarino. La masa se extirpó con tijeras y después se dilató el conducto cervical. La exploración digital permitió descubrir engrosamiento del endometrio y un pólipo pequeño en el ángulo derecho de la cavidad uterina. El pólipo y el endometrio se extirparon, curando la enferma. El examen microscópico del tumor demostró que era de naturaleza mixomatosa con degeneración grasa.

Fibromas uterinos.—El Dr. W. Duncan presentó dos fibroides uterinos, últimos de la serie de 100 casos operados por histerectomía intra peritoneal. Ha perdido 4 enfermas de las 47 que operó primero, salvándose todas las 53 últimas. Atribuye este buen resultado á la costumbre de inyectar 3 gotas de licor de estricnina tres veces en las veinticuatro horas, varios días antes y después de la operación. De este modo se disminuye el riesgo de la parálisis del corazón y del colapso que son los peligros principales en la histerectomía.

El Dr. A. Laurence dijo que el volumen del fibroide uterino no resuelve el problema operatorio sino más bien la historia de la enferma, porque algunos tumores voluminosos pueden abandonarse impunemente á la naturaleza, mientras que otros pequeños ponen en peligro la vida por la abundancia de la hemorragia.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 20 *de Febrero de* 1901.

Valor del régimen vegetal.—El Dr. Albu : Los partidarios acérrimos del vegetarismo no han aducido hasta ahora las razones científicas de su modo de pensar. Virchow refutó ya hace treinta años las pruebas de carácter anatómico que en tal sentido se pretendían aducir. Mas por otra parte los mé-

dicos prácticos rechazan el vegetarismo sin haberlo ensayado en la práctica. En realidad, el estudio fisiológico de la nutrición es la única base en que podemos apoyarnos para afirmar ó negar que el régimen vegetal es suficiente para sostener al organismo humano.

En la cuestión del vegetarismo hay que resolver: 1.° Si el hombre sano, con un régimen exclusivamente vegetal, puede sostener en condiciones normales, y con carácter permanente, el metabolismo nutritivo, el peso del cuerpo y el estado de nutrición y de fuerzas; y 2.°, si la alimentación vegetal es conveniente ó ventajosa, ó si acontece lo contrario.

La primera cuestión la resuelven los vegetarianos en sentido afirmativo, fundándose en el hecho de que una parte de los que defienden su doctrina la vienen practicando hace mucho tiempo sin alteración de su salud, y conservando íntegras todas sus facultades. A esto hay que contestar: que el número de vegetarianos que siguen su régimen con todo rigor es muy reducido; que la mayoría lo han abandonado ó han caído enfermos; y que representa muy poco la cifra de los que quedan, enfrente de los millones de hombres que siguen el régimen mixto.

Las primeras investigaciones fisiológicas que se han hecho acerca de este punto con arreglo á las exigencias de la ciencia moderna, son las de Voit el joven y de Constantinidi, relativas á un sujeto de veintiocho años, que durante dos se alimentó con pan de munición, frutas y aceite. Rumpf y Schumm llevaron á cabo el mismo experimento en un sujeto de diecinueve años al que solo se le alimentaba con frutas, pan de munición, arroz, azúcar y jalea de avena. Yo también practiqué otro experimento análogo en el que también estudié el mínimum de albúmina que puede entrar en la alimentación sin perjuicio de la salud. El sujeto de mi experimento fué una señora ya de alguna edad y que llevaba seis años de régimen vegetal.

Ahora bien, tanto en los experimentos de los otros autores como en el mío, se comprobó que un hombre sano puede conservar el equilibrio del nitrógeno con un régimen exclusivamente vegetal. Sabido es que Voit asigna como ración normal de albúmina para un obrero sano y adulto 118 gramos, que equivalen á 18'88 de nitrógeno, cifra esta última que puede disminuirse en 2 ó 3 gramos si se trata de una mujer que trabaje poco. Ahora bien, en mi caso se pudo llegar á una ración mínima de 5'46 de nitrógeno, cifra á la cual nunca se había llegado hasta ahora. En este caso el equilibrio del nitrógeno se obtuvo, no con hidratos de carbono, como en los experimentos de Klemperer, Peschel y Silven, sino con grasas que constituyen un correctivo muy útil del déficit de nitrógeno de la dieta vegetal. En mi caso se eliminaba con las heces fecales un 33 por 100 del nitrógeno ingerido, lo cual demuestra que la albúmina vegetal se absorbe peor que la animal y que hay, por lo tanto, que ingerirla en mucha mayor cantidad.

Esta última circunstancia resuelve en sentido negativo la cuestión de si es conveniente el régimen vegetal. En efecto, este implica una mayor pérdida de nitrógeno y un volumen mayor del alimento ingerido, lo cual es causa de que muchos no lo toleren, y una monotonía en la alimentación, falta de condiciones sápidas en ésta y dificultad de procurarla en las condiciones requeridas, sobre todo en invierno, que constituyen otros tantos inconvenientes del régimen vegetal.

Pero lo que es inútil é inconveniente para el sano puede ser útil para el enfermo. Mas es de notar que este punto está muy mal estudiado, tanto por el apetito caprichoso ó nulo de la mayoría de los pacientes, como por la dificultad de que puedan ingerir todo el alimento necesario y el peligro consiguiente de que no se alimenten lo bastante. Solo en las curas de adelgazamiento es en las que podemos arriesgarnos en este camino. Por esta razón, además de las legumbres y de las frutas, añado las harinas y las leguminosas, y en los casos peligrosos la leche y la nata (dieta lacto vegetal), ó sea una forma de alimentación que todavía está muy distante del régimen habitual.

Conviene saber que el régimen vegetal se presta á una variedad en las comidas mucho mayor de lo que generalmente se cree, y, por otra parte, que no es indiferente la forma en que se den las frutas y las legumbres. La cocción ordinaria las priva en gran parte de su valor nutritivo: se deben cocer en marmita cerrada ó con adición de grasa (manteca) ó de harina, con lo cual se obtienen platos muy sabrosos y nutritivos, sobre todo si se preparan en forma de papilla.

Entre las indicaciones terapéuticas del régimen vegetal figuran desde hace mucho tiempo las enfermedades nerviosas funcionales. Verdad es que los vegetarianos suprimen, además, los alcohólicos, el té, el café y las especies y demás excitantes. Esta proscripción es tanto más necesaria, cuanto que á los neurásteuicos realmente les perjudica mucho el alcohol. La dieta vegetal es de mucha importancia en los casos citados, pero ha de ir combinada con los factores que acabamos de mencionar. Hoffmann, de Leipzig, la ha recomendado mucho en los casos de neuralgia de los atáxicos. A mí me ha dado muy buenos resultados en algunos casos de neuralgia ciática. Los éxitos que se obtienen en estas dolencias se pueden atribuir á que algunas neuralgias son de naturaleza tóxica y á que la alimentación vegetal impide que se produzcan los principios nocivos en cuestión, ó bien á que con los alimentos vegetales se combate el estreñimiento que en muchos casos provoca ó sostiene las afecciones neurálgicas. Respecto á las neurastenias han obtenido buen resultado con el régimen vegetal, lo mismo Hoffmann que otros autores, por más que es difícil en ese caso excluir las influencias de la sugestión. En los resultados obtenidos con la dieta vegetal intervienen por mucho las sales minerales, cuya gran influencia en la absorción han demostrado H. Köppe y otros autores. No puede negarse, por lo tanto, que una alimentación rica en sales minerales y que la contiene en otras combinaciones habrá de modificar de un modo notable el metabolismo nutritivo. He observado, además, que en muchos casos de afecciones nerviosas del estómago y del intestino dió mejores resultados el cambio de la alimentación que no la adopción de un régimen blando. Es preciso que se trate de una afección puramente nerviosa, puesto que toda lesión anatómica del tubo digestivo excluye desde luego el régimen vegetal. Además, éste no se debe sostener más de cuatro á ocho semanas, porque de lo contrario puede sufrir perjuicio el sujeto. Por otra parte, mientras dure la cura, el individuo habrá de estar sometido á la vigilancia del médico. Al pasar del régimen ordinario al vegetal he visto en algunos casos que los enfermos ganaban de peso y en un grado no insignificante. También creo que conviene la dieta vegetal en la superacidez nerviosa en que se empleaba antes exclusivamente la dieta nitroge-

nada. En efecto, extrayendo el contenido gástrico dos horas después de ingerido el alimento vegetal, he comprobado repetidas veces la disminución en la proporción del ácido. Entre las enfermedades nerviosas del intestino, la colitis mucosa ó membranosa es una de las que se mejoran con el régimen vegetal, que también es muy útil, como es sabido, en los casos de estreñimiento habitual. Los éxitos que se dice haber obtenido en casos de cirrosis hepática y de colelitiasis más bien hay que atribuirlos á su beneficiosa influencia en las deposiciones ventrales, que ha de trascender, como ya se comprende, á la afección principal. En la obesidad ha demostrado Hoffmann de Leipzig que es útil la alimentación vegetal, por cuanto produce pronto la sensación de saciedad, y por lo tanto, los pacientes acaban por comer poco. Además, se consigue así que se absorba poca albúmina. Sin embargo, estoy muy lejos de aconsejar esta cura en todos los casos de obesidad. Así es que en una joven de veinte años conseguí, sí, que perdiera 7 libras en cuatro semanas, pero la monotonía del régimen obligó á abandonarlo y la enferma recobró su peso anterior. En la diábetes, aunque se ha recomendado un régimen preferentemente vegetal y sobre todo de legumbres (por su pobreza en fécula), no es posible adoptarlo por razones de orden práctico. En la gota se aconseja, tanto porque entre las causas de esta enfermedad se concede una gran importancia al régimen animal, como por la escasa proporción de nucleínas que entran en los alimentos vegetales. Rumpf, de Hamburgo, recomienda la dieta vegetal en las neurosis cardíacas y en el mal de Basedow; v. Ziemssen dice haberle dado buen resultado en este último. A mí me ha dado buen resultado en jóvenes que padecían neurosis cardíacas, á consecuencia de excesos alcohólicos y venéreos, y combinado con la prohibición de estos últimos. En las enfermedades renales la dieta vegetal, por su pobreza en albúmina y su falta de acción irritante, disminuye la pérdida de albúmina, reduce la destrucción del parénquima y de este modo alarga la vida del paciente, pero no produce una curación directa del padecimiento. De las enfermedades de la piel he de citar aquéllas en que está probada su relación con trastornos del metabolismo nutritivo ó afecciones gastro intestinales; tal sucede con el prurito, la forunculosis, la urticaria, el eritema exudativo multiforme y nudoso, y diversas formas del eczema crónico. Yo he alcanzado brillantes resultados con el régimen vegetal en varios casos de eritema exudativo multiforme que se había presentado en niños; la erupción que llevaba años de estar repitiendo á cada paso, se curó por completo en pocos meses.

Está contraindicado el régimen vegetal en todas las lesiones anatómicas del tubo digestivo y en los casos de atonía gástrica, á no ser que se dé el alimento en pequeñas porciones y de cuando en cuando; otro tanto decimos de los casos de debilidad cardíaca y en otros estados de debilidad. Además, hay sujetos que presentan una idiosincrasia especial contra el régimen en cuestión.

Los efectos secundarios y desagradables del régimen vegetal se han exagerado muchísimo. A pesar de haberlo empleado en un número de casos bastante considerable, nunca he visto que hubiese producido trastornos digestivos graves, distensión del estómago, disminución de la fuerza motora, desarrollo de gases ni depepsias. Al principio muchos enfermos se quejan de una sensación de llenura que disminuye más tarde con la oportuna eva-

cuación de las heces ventrales. También se observa al principio una gran formación de gases que cede con los carminativos. Por otra parte, si el enfermo mejora con la dieta vegetal da por muy bien empleadas las pequeñas molestias que le pueda ocasionar. El régimen vegetal no está en contradicción con la doctrina fisiológica de la nutrición, y el desvío tradicional que hacia él existe no tiene fundamento. Sin embargo, es preciso atenerse á sus indicaciones estrictas y racionales, pues aunque éstas no tienen fundamento científico, están lo suficientemente establecidas empíricamente para que su prescripción, no sólo se pueda hacer con arreglo á la conciencia médica más severa, sino que en determinados casos estemos realmente obligados á ensayar dicho régimen bromatológico ó á comprobar su eficacia en los casos en que se aconseja su uso.—R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del dia 22 *de Febrero de* 1901.

Diagnóstico y tratamiento del absceso peritiflítico de la cavidad de Douglas.—El Dr. HOCHENEGG: De mis investigaciones resulta que el 30 por 100 de todos los abscesos tiflíticos radican en la cavidad de Douglas, debido, sin duda alguna, á que ésta es el punto más bajo de la cavidad peritoneal, lo mismo cuando el enfermo está echado, que cuando está de pié. Respecto á la génesis de los abscesos peritiflíticos de la cavidad de Douglas, son posibles tres casos: 1.°, que á causa de la gran longitud del apéndice vermicular penda éste en la pelvis menor, por cuya causa tanto la perforación del mismo como la exudación subsiguiente, se verificarán en la cavidad de Douglas; 2.°, que después de la perforación, el material infeccioso sea arrastrado por la exudación de todo el peritoneo, desde la fosa ilíaca derecha á la pelvis menor; ó bien, 3.°, que un simple exudado seroso procedente de todo el peritoneo, se venga á infectar de un modo secundario después de haberse acumulado en el punto más declive, ó sea en el espacio de Douglas. Según esto, el absceso se forma siempre en la misma pelvis menor, quedando incomunicado en su parte superior con el resto de la cavidad abdominal por asas intestinales adheridas las unas á las otras. Los síntomas del absceso del espacio de Dougas están constituídos por la serie de fenómenos que acompañan á las perforaciones, después por los propios de la irritación peritoneal, y últimamente, por los síntomas locales propios del absceso y del crecimiento de éste. El diagnóstico se establece por medio del reconocimiento rectal, que permite descubrir la existencia de un tumor fluctuante ó de una infiltración resistente que, empujando á la pared anterior del recto, sobresale en el interior de éste.

El tratamiento de los abscesos que se han desarrollado de un modo primitivo en el espacio de Douglas, consiste en la abertura de los mismos por su parte inferior. La vía abdominal implica un peligro directo, y la rectal, como expone eventualmente á la lesión del intestino, sólo estará permitida en los casos de abscesos claramente fluctuantes y que empujan de un modo

muy considerable á la pared del intestino recto. En cambio, si se emplea el método sacro, se obtienen muy buenos resultados, y hay, además, la ventaja de que es un procedimiento que se realiza con mucha rapidez y con relativa facilidad. En el tratamiento consecutivo hay que atender muy especialmente á que los tubos de desagüe queden bien colocados y á que la evacuación rectal se efectúe del modo conveniente.

Reinfección sifilítica.—El Dr. Mracek: Se trata de un sujeto que contrajo la sífilis, la primera vez en 1893 y la segunda en octubre de 1900. La realidad de ambas infecciones fué comprobada por testimonio médico; las dos se comenzaron manifestando con la esclerosis inicial, y tanto en uno como en otro caso, sobrevinieron después síntomas secundarios, por todo lo cual es indudable que este caso se debe interpretar como un hecho auténtico de reinfección sifilítica.

Los casos de esta naturaleza no tienen nada de frecuentes. Así que de los muchos miles de enfermos sifilíticos observados en los veinticinco años que llevo de práctica, no he visto más que 3 casos de reinfección.

En el trabajo que publiqué acerca de este mismo asunto en 1896, establecía las siguientes conclusiones que hoy confirmo de nuevo: 1.ª Existen casos indudables de sífilis en los que la enfermedad llega á desaparecer por completo del organismo, de tal manera que se hace posible una segunda infección sifilítica. 2.ª La comparación estadística de los numerosos casos que han visto la luz pública, no permite establecer ninguna conclusión acerca del intervalo que media entre la primera infección y la segunda. 3.ª No es exacto que esta segunda infección habrá de ser más leve que la primera. El hecho de que el organismo ya ha sufrido el contagio sifilítico, no influye en la intensidad de la segunda infección. 4.ª Lo que sí resulta evidente de la consideración de estos hechos, es que la curación de la primera enfermedad se debe al tratamiento mercurial, y, por lo tanto, en todo caso indudable de sífilis se impone el empleo de una cura mercurial dirigida de un modo conveniente y adecuado.

El Dr. Neumann: Para admitir la existencia de una reinfección sifilítica, se hace preciso de todo punto que con la aparición de la úlcera primitiva se desarrolle una tumefacción de todos los ganglios linfáticos y que, después de esto, se presente en el cuerpo el cuadro clínico, propio de una sífilis reciente. El hecho de sobrevenir una reinfección, prueba con toda evidencia que la sífilis adquirida anteriormente se había curado indudablemente de un modo completo y radical, pues de no ser así, hubiera sido imposible una nueva infección.

Casos de rinofima (acné rosácea) tratados quirúrgicamente. — El Dr. Neumann: En seis casos de rinofima, procedimos, Gersuny en tres y yo en otros tres, á descortezar toda la piel de la nariz en la extensión en que estaba enferma, comprendiendo en la operación á las superficies ulcerosas. Después de una compresión muy breve de la superficie cruenta que daba muy poca sangre y de ligar un corto número de vasos en los bordes de la herida, se procedió, desde luego, á cubrir ésta cuidadosamente con colgajitos epidérmicos, según el método de Thiersch. La curación se consiguió en un plazo de cuatro á dieciséis días. El procedimiento se apoya en el hecho de que el rinofima ó acné rosácea vegeta en la nariz de un modo autóctono, por decir-

lo así, y que desde la zona en que radica irrita permanentemente á las partes inmediatas. La afección secundaria de la periferia, desaparece después una vez alejada la causa de dicha irritación.

El Dr. Weinlechner: En vista de los buenos resultados que da el descortezamiento de la piel de la nariz hipertrofiada, acaso convendría emplear el mismo tratamiento en los casos de elefantiasis de la pierna.

El Dr. Kaposi: Al establecer las indicaciones del descortezamiento de la nariz, es preciso tener muy en cuenta las circunstancias de cada caso. En efecto, con el descortezamiento de los tubérculos de mayores dimensiones, se pueden obtener en muchos casos resultados sumamente notables.

Abertura de la apófisis mastoides con descubrimiento del seno transverso y abertura del antro timpánico, empleando la anestesia local de Schleich. — El Dr. Alexander: En la enferma que aquí presento, se llevó á cabo la operación mencionada, y es, por lo tanto, el segundo caso en que se ha empleado el procedimiento referido. En el caso actual, la circunstancia de que la enferma se hallaba en el octavo mes de embarazo, hacía muy de desear la sustitución de la anestesia general por otro procedimiento.

La piel y el periostio se fueron infiltrando, según el método de Schleich, capa por capa, y seccionando también de un modo sucesivo. Antes de desprender el periostio, se practicó la inyección de líquido entre éste y el hueso, y á ambos lados de la incisión. Una vez puesto al descubierto el hueso por medio del trépano, labré dos conductos de 5 milímetros cada uno; uno de ellos se dirigía hacia adelante y arriba, y lo practiqué en el vértice de la apófisis mastoides; el otro, situado á 3 milímetros por detrás y por debajo del tuberculum suprameatum, se dirigía hacia el antro timpánico. Una vez hechos estos conductos, practiqué á través de ellos una inyección que penetró en el interior de la apófisis mastoides. El martillo que se empleó para golpear el escoplo estaba forrado con gasa en la superficie de percusión. La anestesia que se obtuvo fué tan completa, que la enferma no sintió lo más mínimo el acto de abrirle una brecha en su cráneo con el escoplo y el martillo.

Carcinoma infiltrado de la vejiga urinaria.— El Dr. Englisch: El cáncer de la vejiga se presenta en dos formas: en la una el neoplasma se desarrolla en el interior de la cavidad de la vejiga, á manera de un tumor; en la otra infiltra de un modo difuso la capa muscular de la vejiga, y por lo tanto, se reproduce en cierto modo el cuadro anatomo-patológico de la hipertrofia vesical. A su vez, la infiltración puede interesar á toda la vejiga ó sólo á una parte de la misma, interponiéndose la masa cancerosa entre los haces musculares del órgano, y no presentándose hasta una época más avanzada las lesiones de la mucosa y del tejido celular perivesical. El carcinoma infiltrado de la vejiga urinaria es primitivo; su forma más frecuente es la de epitelioma; es más raro que se presente como cáncer medular. El carcinoma infiltrado se presenta como un tumor consistente, no elástico, y cuya existencia se puede demostrar á través de las cubiertas del vientre y también por medio de la palpación bimanual.

En los casos de infiltración total, la vejiga produce á la palpación la misma impresión que si se tratara de un globo de paredes resistentes, pero que al principio todavía conserva cierta movilidad. En esta dolencia se presen-

tan muy pronto dolores sumamente violentos y de carácter permanente, á diferencia de lo que sucede con los dolores que se observan en los casos de hipertrofia, que sólo se presentan en el momento de la micción. El dolor, ya en una época muy temprana, irradia á las paredes del vientre, á la región renal, al muslo, y, muy especialmente, á toda la pelvis. El neoplasma no tarda mucho en invadir los tejidos inmediatos, con lo cual se borran los límites propios de la vejiga. Cuando la infiltración llega á interesar la mucosa, lo cual, como ya hemos dicho, suele suceder muy tarde, se forman en la misma tuberosidades azuladas ó vegetaciones papilosas que, andando el tiempo, pueden llegar á sufrir la destrucción ulcerosa. Sin embargo, la mucosa vesical ya presenta en una época muy precoz una lisura notable, la cual es debida á que se borran las trabéculas á consecuencia de la rigidez de la capa muscular, viéndose á menudo vegetaciones papilares pequeñas y sumamente delicadas, cuya existencia sólo se descubre cuando se las sumerge en agua.

Los ganglios próximos se infartan ; y si bien es cierto que esto también sucede en los casos de simple hipertrofia complicada con inflamación, es diferente la localización de tales infartos cuando se trata del carcinoma. En efecto, en este caso se encuentran principalmente en el punto de división de las arterias y de las venas ilíacas ; en cambio, los infartos ganglionares de naturaleza inflamatoria radican en la pelvis menor y en el pliegue inguinal.

El dato de más importancia para el diagnóstico diferencial es la falta de todo obstáculo á la emisión de la orina. También hay que tener presentes en tal concepto los flemones pre y retrovesicales que se observan en el período de infiltración. En los casos de carcinomas, lo mismo que en los de flemones, hay tenesmo vesical ; pero cuando se trata del último caso, con la sonda se extrae muy poca orina, y la evacuación de la vejiga no modifica el tamaño y la consistencia del tumor, ni calma los síntomas subjetivos. Cabe también la confusión con la hipertrofia congénita de la vejiga ; pero esta afección es rarísima.

El tratamiento consiste en la resección total ó parcial, respectivamente, de la vejiga, con la inserción de los uréteres en el recto. Sin embargo, la operación es muy difícil, y en la mayoría de los casos da malos resultados, lo cual se explica tanto mejor cuanto que en la mayor parte de los casos se trata de enfermos de cierta edad, en los que ya existen lesiones en las vías urinarias superiores.

Quizá se obtuvieran mejores resultados si se estableciese más pronto el diagnóstico y se practicase, por lo tanto, en época más oportuna la operación correspondiente. Hoy por hoy, hay que limitarse á un tratamiento paliativo.—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la pneumonía por el suero antidiftérico.—El Dr. Talamón ha tratado con éxito satisfactorio por las inyecciones del suero de Roux 50 enfermos de pneumonía. Esta medicación disminuye la proporción de mortalidad, acorta la duración del padecimiento y suprime ó disminuye las complicaciones. Tiene, además, la ventaja de ser inofensiva, puesto que el suero empleado á dosis elevadas en algunos enfermos—200 y hasta 260 cc. en pocos días—sólo ha producido en 5 casos los fenómenos post sericos tan conocidos: erupción eritematosa y dolores articulares. Aconseja hacer una inyección de 20 cc. Esta inyección es seguida de un descenso térmico matinal. Si la temperatura se eleva por la tarde, se repite la inyección. La cantidad de suero necesaria en cada inyección es tanto menor cuanto antes se principia el tratamiento. La pneumonía tratada desde el primer día cura con 20 á 60 cc. de suero, según la edad del enfermo. Esta medicación es ineficaz en los pneumónicos asistólicos ó brighticos, que tampoco curan con los tratamientos ordinarios. En prueba de la eficacia del método referido, basta decir que de 25 pneumónicos de todas edades tratados por las inyecciones de suero antes del quinto día de enfermedad, solo murió una mujer de setenta y dos años.

El Dr. L. Raynaud, de Marsella, ha empleado el método de Talamón en una enferma de sesenta y siete años, con pneumonía doble gravísima. La defervescencia de la enfermedad principió al día siguiente de inyectarse, en dos veces, 40 cc. de suero de Roux. Esta inyección no produjo accidente alguno.—(*Bull et mem. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*).—F. Toledo.

La heroina en las enfermedades mentales.—Según el Dr. Pastena, de Nápoles, el clorhidrato de heroina obra como sedante del sistema nervioso central, del mismo modo que la morfina, pero sin ocasionar los efectos accesorios desagradables de esta última, aunque se la emplee durante mucho tiempo. Además de su utilidad en los casos de tos, neuralgia, etc., presta grandes servicios en los casos de manía, en los períodos de excitación de la parálisis progresiva y de la epilepsia y en los casos de insomnio. En cambio es muy poco útil en los casos de delirio furioso de origen sensorial, y es inútil para disminuir el número y la frecuencia de los ataques epilépticos. La dosis inicial, empleado el medicamento por la vía hipodérmica, es de 5 milígramos, pasando después á un centígramo y pudiendo llegarse hasta dos con tal que esta dosis se distribuya en varias veces.—(*L'arte médica*).—R. del Valle.

Profilaxis de la escarlatina. — El Dr. W. E. Shephard considera el ioduro potásico como profiláctico de la escarlatina. Ha observado que las personas sometidas al uso de este medicamento, no contraen la escarlatina, aunque se hallen en pleno foco epidémico. En prueba de su afirmación, cita varios casos que no dejan duda alguna sobre las virtudes profilácticas del ioduro potásico, respecto á la escarlatina.

(*Annales of Gin. and pediatric*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EL SULFONAL EN LOS ENAJENADOS

POR

DON JERÓNIMO GALIANA

Exmédico del Manicomio Esquerdo.

En terapéutica, se impone un trabajo de selección que excluya unas substancias, confirme á otras en su legítima y definitiva representación y precise, en todas las que deba conservar, cuanto de ellas necesite saberse, para que de esta manera se vea el práctico libre de las perplegidades que le acarrea la balumba de medicamentos que sin cesar crece, y que si bien aporta diariamente valiosas substancias nuevas, en cambio van quedando las antiguas en número abrumador y envueltas algunas de ellas en una atmósfera poco diáfana, en la que apenas se percibe otra cosa que la autoridad con que las reviste la tradición, así como la utilidad de las unas y la relativa y borrosa inutilidad de las otras, cuyo conjunto abruma al práctico cuando trata de elegir un medicamento para llenar una indicación. Se impone, en una palabra, una gran liquidación terapéutica en la que se enajene todo lo que sea inútil, en absoluto ó relativamente, y se proclame, en cambio, de una manera concreta lo que de bueno tenga cada medicamento. ¡Si así se hiciera, cuánto se simplificaría la labor del médico, cuánto ganaría su acierto en el ejercicio profesional y qué inmensas ventajas reportaría de ello la humanidad!

Voy, pues, á hacer el juicio crítico del sulfonal, siquiera no tenga para acometer semejante empresa otros títulos, que los inherentes á una vasta experiencia personal adquirida en el diario cumplimiento de mi deber como médico del Manicomio Esquerdo durante los muchos años que en él hice vida de internado y en el que tuve ocasión de administrarle tan considerable número de veces — que es posible

pasen de 3000 — aparte de otros hipnóticos, principalmente durante el tiempo en que la fama de este medicamento estuvo en su apogeo, habiendo reforzado más tarde mis observaciones, con las que he realizado en mi práctica particular.

A mi juicio, este medicamento ha perdido gran parte de su primitiva importancia, no sólo por el sulfonalismo que puede determinar, sino por haberse descubierto otros hipnóticos de mejores condiciones; mas no debe ser borrado completamente del catálogo medicamentoso, pues aún merece figurar entre las substancias útiles por las indicaciones especiales que puede llenar.

Como quiero dar á este trabajo un sabor esencialmente clínico, ajustaré su exposición á lo que podríamos denominar *estilo de la literatura práctica*, prescindiendo al mismo tiempo de toda lucubración doctrinal y aun de muchos razonamientos científicos que, aunque importantes, constituyen amplificaciones, en cierto modo innecesarias, á la cabecera del enfermo, y que serían, además, incompatibles con el lugar que bondadosamente me concede el ilustrado director de esta acreditada REVISTA.

ACCIÓN FISIOLÓGICA

El tiempo que de ordinario invierte el sulfonal en iniciar su influencia hipnótica, puede calcularse en dos horas próximamente. Mas al lado de esta regla general, surgen algunos casos que se separan de ella en una ú otra dirección; pues en unos es más considerable el período que podríamos denominar de incubación del sueño, mientras que en otros es mucho más corto que el promedio habitual. Recuerdo una señora afectada de locura histérica, á quien se le administraba el medicamento á las ochó de la noche y, sin embargo, no se dormía hasta las cuatro de la madrugada, en vista de lo cual se le dió después de la comida del mediodía, á eso de las doce y media, con lo que se consiguió que se durmiera á poco de acostarse. En cambio, hay individuos en quienes se desarrolla con tal rapidez la acción hipnótica, que á la media hora comienzan ya á sentir sueño y van á la cama medio dormidos.

Sobre el fondo de inexplicabilidad causal que lo variable del período prehipnótico ofrece, he podido precisar algunas circunstancias dignas de ser conocidas; tales son: la forma de la vesania y el tiempo que el enfermo lleva tomando el sulfonal. Respecto al primer particular, he observado que en los pacientes exaltados tarda más tiem-

po en obrar el medicamento, mientras que en los deprimidos suele producir el sueño más rápidamente. Tal vez no sería difícil hallar el por qué, pero consecuente con mi propósito de ser conciso, resisto al deseo de formular hipótesis en explicación del hecho. Y en lo referente al tiempo que lleva el paciente tomando el sulfonal, he observado también que es más largo el período prehipnótico en los primeros días en que se administra el medicamento.

En la duración del sueño, he notado también gran diversidad, pues las diferentes circunstancias de cada caso implican máximos y mínimos muy acentuados á veces. No obstante, si en conjunto aparece la gráfica representante de la duración del sueño en la población vesánica con notables oscilaciones y, en ocasiones, con pronunciadas escarpaduras, se descubre un promedio que expresa con bastante fidelidad la duración ordinaria del sueño, que es de unas seis á ocho horas. Mas aquí, surgen también excepciones, que son los máximos y mínimos á que antes aludía, relacionados con múltiples circunstancias. Entre los muchos ejemplos de sueño corto que podría citar, indicaré un sujeto afectado de melancolía ansiosa, en el que tres noches seguidas, no obstante haberle administrado en cada una 2 gramos de sulfonal, dosis que podemos considerar como bastante elevada, no durmió sino dos horas y media cada noche. No es preciso citar más que este caso; pero sí indicaré que hay muchos en quienes al principio sólo dura el sueño unas tres horas, y digo al principio, porque cuando ya llevan los enfermos algún tiempo tomando el sulfonal, el sueño es más largo.

Un expresivo ejemplo de sueño sulfonálico prolongado, es el de un individuo que, por excitación cerebral consecutiva á una fiebre tifoidea, llevaba varios días sin dormir; le administré el sulfonal en cantidad de 2 gramos y sobrevino un sueño de quince horas, despertando al cabo de este tiempo espontáneamente y bien sensacionado.

El sueño ofrece todas las apariencias del fisiológico, hasta el punto de que el medicamento parece que no ha hecho otra cosa que provocar su aparición, respetando la integridad de su mecanismo, que se realizaría con arreglo á las leyes que rigen la normalidad. Mas, aunque ésta es la impresión que produce al observador el sueño determinado por el sulfonal, no se puede afirmar que así sea en efecto, toda vez que semejante substancia puede acarrear accidentes, siendo, por consiguiente, lógico suponer que su administración dista mucho de hallarse rodeada de inocuidad absoluta. Pero, en fin, en los casos corrientes desprovistos de toda perturbación apreciable, el

enfermo duerme reposadamente, el pulso aparece con esa relativa lentitud que ofrece durante el sueño normal; amplia y honda la respiración, íntegra la sensibilidad y aumentados los reflejos; todo como en el sujeto sano espontáneamente dormido, incluso la completa inmovilidad corporal; á veces, á consecuencia de un ruído, por ejemplo, como ocurre en el sueño natural, realizan los enfermos inconscientemente ligeros movimientos, pero sin llegar á despertar. El sueño, aunque tranquilo, es en cierto modo superficial, pues el paciente despierta por la necesidad de orinar, el simple contacto de la mano con su muñeca para tomarle el pulso, el encender una luz y hasta el pequeño ruído de la puerta cuando en el manicomio entrábamos en su cuarto para observarle, eso que poníamos gran cuidado en no hacer ruído con el fin de no despertarle. Otros enfermos no despiertan por ruídos ligeros; pero por profundo que sea el sueño sulfonálico, cuando se quiere despertar al individuo se consigue con los medios ordinarios.

Cuando por cualquier circunstancia se ha interrumpido el sueño demasiado pronto, vuelve ó no el enfermo á reanudarle, según las circunstancias; si la modalidad del estado morboso es tranquila, súele reaparecer en seguida el sueño; pero si reviste forma exaltada, lo más general es que continúe despierto presa de su delirio.

El individuo despierta, por lo general, bien sensacionado, experimentando ese bienestar indefinible de haber dormido, y decimos indefinible, porque de ordinario le constituye un cuadro fenomenal negativo: la ausencia de toda molestia. Pero no siempre reporta el enfermo un beneficio tan completo del empleo del sulfonal, pues hay casos en que el primero y segundo día despierta con ligera cefalalgia y algo de atontamiento, que se disipan, sin embargo, en una ó dos horas, soportando después ya bien el medicamento sin experimentar semejantes perturbaciones. Mas en algunos pacientes, se repiten estos fenómenos durante muchos días, si bien lo mismo de ligeros y con idéntico carácter de fugacidad en cada uno de los días, cuyos fenómenos son compatibles, dentro de ciertos límites, con el uso del sulfonal, suponiendo que por razones especiales no se pudiera apelar á otro hipnótico más conveniente.

Debo, sin embargo, manifestar, que para continuar administrando este medicamento en semejantes circunstancias, son necesarias una gran práctica y una minuciosa observación para saber apreciar el momento en que tales fenómenos, por su naturaleza ó por su intensidad, contraindican en absoluto el empleo del sulfonal. Las

ligeras perturbaciones que acabo de manifestar, constituyen en rigor el heraldo del sulfonalismo, su mínima expresión; pero por lo ténues y transitorias, me inclino á mirarlas como pequeños accidentes del momento, pues no ofrecen el relieve ni la trascendencia de la entidad sulfonalismo propiamente dicho.

He observado que cuando no se realiza la acción hipnótica del sulfonal, experimenta el enfermo á la mañana siguiente lo que él expresa con la gráfica frase de «tengo mal cuerpo», y que consiste en malestar general, cansancio y algo de aturdimiento. Creo que semejantes fenómenos pueden ser debidos á la influencia intrínseca del sulfonal, al mecanismo de su acción fisiológica inmediata; acción que tal vez sea constante, pasando desapercibida de ordinario, porque la obscurezca el sueño que este medicamento ocasiona y que sólo se haga manifiesta en aquellos casos en que el efecto hipnótico es negativo.

Durante el día, los enfermos exaltados suelen estar más tranquilos, lo que puede ser debido á la placidez del descanso ó á una acción sedante directa del sulfonal, inclinándome á considerar este segundo factor de más eficaz intervención, no sólo porque esta acción sedante la vemos comprobada en los epilépticos y en los coréicos cuando se les administra el sulfonal á dosis fraccionada durante el día, sino porque semejante acción no la ocasiona de modo tan pronunciado algún otro hipnagogo, por ejemplo, el trional, no obstante dar origen á un sueño satisfactorio. Pero entiendo que la influencia dulcificadora del sueño desempeña también un papel importante en las atenuaciones sintomáticas que nos ocupan.

Respecto á la acción analgésica del sulfonal, me limito á decir que la supongo negativa, á juzgar por algún caso que he observado en sujetos no vesánicos y en quienes, por consiguiente, ofrecía su testimonio toda la veracidad apetecible.

SULFONALISMO

Creo que podría definirse diciendo «que es el conjunto de perturbaciones que la administración del sulfonal puede determinar, y cuya intensidad ha sido en algunos casos tal, que ha llegado á producir la muerte». Semejante concepto es, á veces, de difícil justipreciación en la práctica cuando se trata de manifestaciones ligeras ó fugaces; porque si bien es cierto que juzgando con rigorismo absoluto tal vez debieran incluirse en la esfera del sulfonalismo cuantos

desórdenes produzca el empleo del somnífero que estudiamos, por mi parte, acostumbro á reservar semejante denominación á las perturbaciones de cierta entidad, ya desde el punto de vista de su duración, de su núnero ó de su intensidad; debiendo advertir, que cuando se administra este hipnótico á los enajenados, la apreciación de los fenómenos sulfonálicos ofrece el máximum de dificultades, pues se corre el riesgo, si no se tiene la necesaria práctica, de confundirles con la variada sintomatología de los afectos vesánicos; por lo cual considero indispensable el minucioso conocimiento de ambos órdenes de fenómenos, para poder interpretarlos rectamente y obrar en consecuencia.

Decimos esto, porque hemos tenido ocasión de visitar dos enajenados, cuya historia indicaremos después, para los que fuimos llamados por creer que se había agravado su enfermedad habitual, cuando lo que sufrían era un intenso sulfonalismo, que felizmente desapareció sin consecuencias desagradables.

En febrero de 1889 se comenzó en el Manicomio Esquerdo á emplear el sulfonal, y á principios de marzo del mismo año ya se habían recogido (por la cuidadosa observación que el eximio frenópata cuyo nombre lleva tiene constantemente establecida para todos los enfermos) datos bastantes para congeturar los peligros posibles de este medicamento, y que hicieron redoblar el siempre minucioso estudio de sus efectos para evitar toda acción nociva; allí ví yo por primera vez ráfagas, aunque ténues, de sulfonalismo (1), que si no tomaron mayor vuelo, fué por la suspensión oportuna que del sulfonal se hacía; allí aprendí á preverlas y evitarlas, y más tarde he reforzado en mi práctica particular el conocimiento de esta traidora y peligrosa influencia que puede determinar el medicamento que nos ocupa.

Para dar á conocer el cuadro del sulfonalismo, considero preferible á la enumeración escueta de los fenómenos que le caracterizan, la sucinta exposición de algunas historias clínicas, en las que aparecen aquellos con un relieve más expresivo, toda vez que son ejemplos que he tomado de la realidad.

Ahora bien, los casos de sulfonalismo que voy á citar les clasificaré en tres grupos: 1.° Tres casos observados en el Manicomio, y

(1) Nadie se había ocupado aún de semejantes accidentes, toda vez que esto ocurría á principios de marzo del 89, y los primeros trabajos publicados respecto del particular, al menos de los que tengo yo noticia, son los de Hay, que lo fueron en julio del mismo año.

cuyo desarrollo fué simultáneo, los cuales me sirvieron de enseñanza del sulfonalismo, pues, según dejo manifestado, nadie se había ocupado aún de él, toda vez que esto ocurría á principios de marzo de 1889. 2.° Dos casos de sulfonalismo muy acentuado, surgido durante el tratamiento dirigido por otros médicos en la práctica particular, quienes habían interpretado los fenómenos que constituyen aquél como agravación de la enfermedad mental. 3.° Dos casos en que el sulfonalismo apareció á las primeras dosis del hipnótico que nos ocupa, y que ponen de manifiesto que esta complicación puede surgir pronto y que, por consiguiente, es necesario observar atentamente al enfermo desde el primer día, para obrar, según las circunstancias reclamen.

PRIMER GRUPO

1.° *Imbécil con exaltación maníaca.* — Era un joven de veintidós años de edad, que, presa de viva agitación, pasaba el día en constante movimiento, y las noches en insomnio continuado, las enlazaba con el día gritando y rompiendo cuanto había en su dormitorio.

Se comenzó por prescribirle un gramo de sulfonal, que hubo que aumentar á uno y medio por noche, por ser aquella dosis insuficiente, mientras que con ésta dormía bien. A los pocos días se notó en este enfermo una gran postración, y sin embargo, nada ocurrió á otros enajenados que estaban tomando el mismo hipnótico igual número de días y á idénticas dosis. Su apetito, que antes no se veía satisfecho, decayó de tal modo que era preciso darle de comer; pasaba el día sentado, con la cabeza baja; el andar vacilante, arrastrando los piés y con las piernas entreabiertas; los ojos tristes y algo caídos los párpados; depresión mental, pues aunque pronunciaba palabras incoherentes, no daba las voces que antes, presentando el enfermo, al lado de este decaimiento orgánico general, una gran impresionabilidad.

Aunque la invasión fué casi brusca, supusimos desde luego que era debido al sulfonal; así es que le suspendimos inmediatamente, se administró al paciente un purgante salino, y poco á poco, en unos días, volvió á su primitivo estado.

2.° *Locura histérica con el delirio de la duda muy acentuado.*—Este enfermo efectuaba una auto-observación minuciosísima: el insomnio que sufría le exacerbaba, dándole motivo á protestar de él y á pedir constantemente remedio para su desvelo. Se le dió gramo y

medio de sulfonal diario, con lo que durmió varias noches sin presentar perturbación alguna y revelando el bienestar del descanso; pero casi de repente se desarrolló el sulfonalismo, caracterizado por anorexia, mal gusto de boca, tendencia al vómito, debilidad pronunciada en las piernas y temblor. Se suspendió el sulfonal y desaparecieron rápidamente estos fenómenos.

3.° *Manía crónica.*—Enfermo de treinta y seis años. Su estado era de agitación, y con el delirio variado é incoherente propio de esta modalidad vesánica. Insomnio prolongado. Se le dió sulfonal, obteniendo un sueño satisfactorio; pero á los pocos días se notaron fenómenos de sulfonalismo: cara inexpresiva, sin la movilidad que ofrece en la manía crónica, mirada fija, labio inferior algo caído, andar inseguro, sirviéndose de los brazos como de balacín, etc., se suspendió el sulfonal, y á los pocos días ya estaba con su habitual viveza.

Estos tres casos ocurrieron en la época en que hacíamos observaciones sumamente minuciosas para formar juicio propio de este medicamento, además, claro es, del interés de los enfermos, pues por el bien de ellos era por lo que deseábamos conocer en detalle la acción del sulfonal para utilizar lo que de conveniente tuviera y evitar lo pernicioso. Así es, que después ya no se ha vuelto á presentar caso alguno de sulfonalismo, ni yo he tenido en mi práctica particular, sino cuando me han avisado para ver enfermos que ya estaban sulfonalizados ó cuando ha surgido el sulfonalismo á las primeras dosis.

SEGUNDO GRUPO

1.° *Melancolía ansiosa con delirio de las negaciones.*—Enfermo de cuarenta y siete años. Pasaba el día y la noche presa de la agitación y sufrimiento moral que caracterizan á esta enfermedad. Le administró un compañero 2 gramos de sulfonal por noche, presentándose á los pocos días tal decadencia intelectual y física, que parecía encontrarse en la demencia final. En semejante situación, que la familia y el médico que le asistían creyeron que era agravación de su enfermedad habitual, me avisaron. Como comprendí que era un cuadro de sulfonalismo, suspendí inmediatamente el sulfonal, alegando una razón que fingí surgía en aquel momento para no herir el concepto del médico de cabecera. A los seis ó siete días había mejorado la situación, y unos días después se hallaba en el mismo estado que antes del sulfonalismo, sin más que los síntomas propios de su enfermedad primitiva. Por cierto que curó. Si desgraciadamen-

te hubieran persistido la familia y el médico de cabecera en la errónea persuasión de que el estado de gravedad del paciente era debido á una exacerbación de su padecimiento y continúan administrándole el sulfonal, atraídos por el insomnio que este medicamento combatía, hubiera determinado su fallecimiento.

2.° En febrero de 1894, siendo yo Jefe clínico del Hospital General, encargado provisionalmente del departamento de dementes, ingresó un enfermo de cuarenta años, de aspecto robusto y buena constitución, pero con gran decaimiento físico y moral. Llamó mi atención, desde luego, aquel estado, y preguntando á la familia antecedentes, ví que la enfermedad primitiva ó fundamental era una *locura epiléptica* y que el decaimiento actual era debido al sulfonal que le habían administrado. Ofrecía los siguientes fenómenos: párpados caídos, desvanecimientos, ataxia y gran debilidad en los miembros inferiores, tanto que no podía andar sin el auxilio de dos personas, é inapetencia. Claro está que yo no le prescribí el sulfonal; así es que fueron disminuyendo gradualmente las manifestaciones asténicas que dejamos apuntadas, y á los ocho ó diez días ya se conducía como un atleta, con la energía y la acometividad de la locura epiléptica.

TERCER GRUPO

1.° *Psicosis degenerativa.* — Enfermo de veinticuatro años. Sus principales manifestaciones eran: debilidad intelectual congénita, obsesiones, interpretaciones delirantes, alucinaciones é insomnio pertinaz. Este desgraciado se disparó una noche un tiro de revólver en el costado izquierdo, cuya bala resbaló por la cara convexa de la sexta costilla, saliendo por la espalda y curando de esta lesión á los pocos días. Alarmada la familia, me avisó para que tratara su vesania, que hasta entonces había pasado desapercibida. Le prescribí 2 gramos de sulfonal, obteniendo un sueño satisfactorio. Repetí la dosis los dos días siguientes; observando después de la tercera, laxitud general, somnolencia, anorexia, estado saburral y nauseoso, cuyos fenómenos contrastaban visiblemente con los rasgos de su habitual modalidad fisio-patológica: pues de ordinario era apasionado por el ejercicio y el paseo, ofrecía gran movilidad en sus ideas delirantes, aunque versando sobre el mismo tema, y tenía franco apetito, así es que suspendí inmediamente el medicamento, desapareciendo gradualmente en el transcurso de tres días los fenómenos indicados.

2.° *Histérica con delirio místico.*—Enferma de treinta y seis años. Alucinaciones muy frecuentes de carácter religioso, tenía períodos de calma alternando con otros de agitación, y durante ésta gran insomnio, pues pasaba la noche dando voces. Quise darla el paraldehído por estar más indicado, pero lo rechazó, por lo que la prescribí el sulfonal. La primera noche tomó 2 gramos y no durmió; la segunda noche otros 2 gramos y sólo durmió al principio de ella un poco; la tercera noche también 2 gramos y el sueño fué lo mismo de breve, pues como las noches anteriores era presa al momento de la excitación que determinaban sus alucinaciones; la cuarta, idéntica dosis, durmiendo también poco y por la mañana ya observé fenómenos de sulfonalismo: lengua saburrosa, boca y garganta secas, náuseas muy pronunciadas, postración, tendencia al sueño, que sin embargo no podía conciliar, pesadez de cabeza, etc. Lo más notable de este caso fué la aparición del sulfonalismo á la cuarta dosis, á pesar de ser una enferma agitada y de no haber producido apenas acción hipnótica. Suspendí el medicamento y en pocos días desaparecieron los accidentes sulfonálicos.

3.° *Histérica con manifestaciones lipemaniacas sin delirio.*—Enferma de cuarenta y seis años. Presentaba un insomnio de una pertinacia excepcional, con la notable circunstancia de permanecer el estado general de esta enferma relativamente indiferente á la perturbadora resonancia de una falta de descanso tan prolongada, pues durante tres años, no durmió sino dos ó tres horas diarias y menos todavía en los últimos tiempos. Me avisaron y la dí el sulfonal, gramo y medio cada noche, con lo que durmió perfectamente; pero después de la tercera dosis noté decaimiento general, repugnancia á todo ejercicio (pues gustándola de ordinario intervenir en todas las labores de la casa no quería abandonar la silla), palidez, estado vertiginoso, mal humor, etc., con cuyo motivo suspendí el medicamento y á los pocos días había recuperado su estado habitual.

Felizmente no he observado nunca caso alguno de muerte á consecuencia del sulfonal, pero la ciencia registra numerosos ejemplos que deben servir para imprimir prudencia cuando se administra este medicamento. Efectivamente, Breslauer (de Viena), ha dado á conocer cinco casos de muerte por el sulfonal, que sumados á los que han referido Geill, Salkouski, Bimfuso, Quincke, Schulz, etc., hacen un total de 21, según este último autor, de los cuales 20 han recaído en mujeres (*Neurologisches Centralblat*, octubre de 1896); y siendo uno de los más tristemente instructivos el citado por Petit

(*Méd. Neug*, y *Med. Record.*), de una joven que había fallecido después de haber tomado dos dosis de 90 centígramos. Ultimamente Pouchet hace subir á 40 los casos de muerte ocurridos desde que se comenzó á emplear el sulfonal, según vemos en *L'Independance Médicale* correspondiente al 13 de marzo del año actual.

Los precedentes datos no han de llevar, sin embargo, el terror á la mente del práctico, sino tan sólo la prudencia; pues debo manifestar, que según mi experiencia personal, el sulfonalismo grave no surge repentinamente, tratándose de dosis terapéuticas, sino que se inicia por fenómenos claros que se van acentuando si se sigue dando el medicamento, pero que se atenúan y acaban por desaparecer cuando se le suspende oportunamente.

DOSIS

Ni la dosis debe ser igual para todos los individuos ni invariable para el mismo sujeto; pero dentro de esta inevitable mutabilidad, existen términos prudentes, cifras medias, que ofrecen un límite máximo infranqueable y otro mínimo, del que tal vez tampoco se pueda pasar. Pues bien; mi dosis máxima ha sido 2 gramos y medio y la mínima 1 gramo. Entiendo que jamás deben administrarse más de 2 gramos y medio, ni repetirse esta dosis muchos días, pues antes que hacer lo uno ó lo otro, es preferible apelar á otro hipnótico, porque de lo contrario nos expondríamos muy mucho á determinar el sulfonalismo.

Aparte de las condiciones individuales que dan como resultante práctica una mayor ó menor impresionabilidad para el medicamento que nos ocupa, entre las circunstancias que me sirven de pauta para calcular la dosis primera, es la forma de la enajenación mental; así, si se trata de un estado en el que domina la exaltación, le prescribo gramo y medio, y si la depresión, un gramo; si estas dosis resultan insuficientes, las aumento en medio gramo, llegando, si es preciso, en los casos de gran exaltación á los 2 gramos y medio, que es mi cifra máxima. Si la primera noche no se obtiene el efecto hipnótico, ó es muy ligero, no me apresuro á aumentar la dosis, sino que prescribo la misma á la noche siguiente, pues he observado frecuentemente que duermen los enfermos á la segunda noche; ahora, si en la segunda no se produce el sueño, á la tercera aumento la dosis. Cuando es necesario administrar el sulfonal durante algún tiempo, voy disminuyendo gradualmente la dosis hasta llegar á lo que

podría llamar *mínima individual*, porque á la inversa de lo que sucede con el paraldehído, con el sulfonal, se obtienen efectos hipnóticos con dosis menores de las que fueron precisas al principio.

Respecto á lo que podríamos denominar el *curso de la administración del sulfonal*, mi práctica suele ser: prescribirle tres ó cuatro días seguidos, suspendiéndole después para evitar la acumulación y para ver si el sueño sigue efectuándose espontáneamente, merced á esa especie de hábito iniciado por el medicamento, volviendo á prescribirle si reaparece el insomnio, pero después de haber mantenido interrumpido su empleo un número de días, variable según las circunstancias. Acostumbro también á administrar cada ocho días una píldora purgante de Dehaut, escogiendo para ello el principio de una de las interrupciones del tratamiento hipnótico, pues entiendo que contribuye notablemente á evitar la aparición del sulfonalismo. No son paralelos la intensidad del insomnio y la resistencia que éste ofrece al sulfonal, sino que se observan discrepancias notables cuyo secreto se halla representado por las condiciones individuales y por la índole del padecimiento. Así se dan casos de un insomnio absoluto que podría suponerse había de costar trabajo vencer, y sin embargo, desaparece fácilmente, mientras que en otros, que son incompletos, en los cuales podría creerse, por el contrario, que bastaba un ligerísimo impulso terapéutico para ocasionar el sueño, y muestran una tenacidad más ó menos acentuada.

Tampoco están en razón directa la antigüedad del insomnio con su grado de resistencia al hipnótico que estudiamos, pues, por ejemplo, en los primeros días del desarrollo de una manía aguda, es más difícil conseguir el restablecimiento del sueño que en esta misma enfermedad, cuando ya ha transcurrido cierto tiempo; debiendo advertir de paso, que es grande la importancia que entraña el restablecimiento del sueño, toda vez que conseguido éste es muchas veces lo suficiente para evitar el desenvolvimiento del proceso, pudiéndose obtener como resultado su mejoría y su curación.

En cuanto á su modo de administración, diré que mi costumbre es darle inmediatamente después de cenar disuelto en una taza de infusión de tilo azucarada, habiendo constituído los móviles de mi conducta las siguientes razones: 1.ª El que como sabemos, la absorción del medicamento que nos ocupa, es más fácil durante la digestión, la cual, por otra parte, no sufre perturbación alguna por la presencia de esta substancia. 2.ª Dado en la forma indicada, pasa desapercibido en aquellos casos en que el vesánico muestra sistemática opo-

sición á tomar todo género de medicamentos, como ocurre, por ejemplo, en la mayoría de los perseguidos. 3.ª Porque procurando que tarde el enfermo dos horas en acostarse después de cenar, va á la cama cuando se inicia la acción hipnótica, la cual se desarrolla así insensiblemente; circunstancia de importancia indiscutible, pues si el paciente se acuesta sin tener sueño y comienza á dar vueltas y á impacientarse, ó á dar rienda suelta á su delirio, contrarresta con su agitación la influencia del sulfonal y ahuyenta el sueño. Esta regla general, tiene, sin embargo, alguna excepción; tal es, por ejemplo, cuando el individuo tarda mucho en experimentar la acción hipnótica del sulfonal (1), en cuyo caso administro el medicamento en el momento oportuno, variable según las circunstancias, teniendo en cuenta el objetivo que á mi juicio se debe perseguir, que es, hacer que coincida en lo posible la iniciación del sueño sulfonálico con la hora en que el enfermo se acueste.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Este medicamento podemos considerarle relativamente anticuado, pues su primitiva importancia ha ido reduciéndose paulatinamente en razón directa de la explosión de desagradables accidentes, que su administración ha producido, sembrando en el ánimo de los médicos un temor legítimo á las contingencias del sulfonalismo, y sustituyendo así la irresolución á la confianza que antes mereciera su empleo. Ha contribuído á su parcial descrédito la natural competencia establecida por los nuevos hipnóticos que el progreso científico ha puesto en manos del práctico, entre los cuales, si bien algunos ofrecen condiciones inferiores á las del sulfonal, alguno le supera en bondad terapéutica y en inocuidad, siendo, por consiguiente, preferido en circunstancias que no es ahora mi propósito especificar. Sin embargo, el sulfonal conserva lo que se podría denominar su campo de acción, constituído por un número determinado de indicaciones que llena más completa y satisfactoriamente que otros hipnagogos, y que voy á exponer en breves palabras, circunscribiendo en absoluto mis consideraciones á los enajenados.

(1) Al hablar de la acción fisiológica, he citado un caso de sueño tardío, en el que D. Santiago Esquerdo, Jefe local del Manicomio y peritísimo psiquiatra, administraba el sulfonal con excelente resultado, inmediatamente después de la comida del mediodía, porque había observado que tardaba ocho horas en producir el efecto hipnótico.

Dado lo intenso de su potencia somnífera y su acción sedante consecutiva, se halla indicado en los insomnios que recaen en sujetos que ofrecen exaltación física y mental. Pero debo manifestar el concepto que esta indicación me merece, pues realmente exige una explicación lo relativamente abstruso de su contenido.

Efectivamente, el cuadro sindrómico de forma exaltada, lo impetuoso de las manifestaciones que exteriorizan ciertas vesanias ó determinados períodos de ellas, lo agitado y borrascoso, en una palabra, de la expresión sintomática, no son sinónimos de exaltación física y mental, sino que pueden ocultar un fondo de depresión más ó menos graduada. Así, el melancólico ansioso que pasa el día en continua movilidad y lamentación, las excitaciones panofóbicas y el vocear de los paralíticos, no son verdaderas exaltaciones, porque responden á un fondo de depresión. En cambio, las excitaciones de los imbéciles, los períodos de agitación de los epilépticos y el maníaco en general, representan otros tantos casos de genuína exaltación físico-mental, y en estos es en los que se encuentra indicado el sulfonal, porque, además de proporcionar á los pacientes un sueño reparador, contribuye á calmar la excitación que ofrecen. Por el contrario, se halla altamente contraindicado en la melancolía, sea cualquiera su forma, en la demencia primitiva y en la secundaria de las diferentes psicosis, y en general, en todas las formas depresivas de la enajenación mental, porque, aparte de que la sedación que ordinariamente produce el sulfonal, agrava la situación del paciente, toda vez que encadena aún más sus ya abatidas fuerzas, muestran estos enfermos mayor predisposición al sulfonalismo. Por la misma razón, nunca debe darse el medicamento que nos ocupa á los afectados de parálisis general progresiva, ni en la excitación maníaca del principio, ni en la fase de delirio expansivo en los individuos en que el padecimiento toma esta forma, ni mucho menos en el período de demencia de esta enfermedad, á pesar de ser en él el insomnio tan frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ RIBERA Y SANS

Catedrático de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid

---

Discursos leídos en la sesión inaugural del curso académico de 1900 á 1901 en la Academia Médico-Quirúrgica Española, por el Dr. D. Carmelo Carrillo, Secretario general, y el Dr. D. Juan Bravo y Coronado, Presidente de la misma.

No cree que al remitir dos ejemplares se pretendiera que se hiciese la bibliografía del discurso de Secretaría, porque de tales discursos no cabe más que decir si están bien ó mal hechos; pero no pueden ser motivo de un análisis, dada su índole, y de ahí que entienda que lo que se pide es el juicio acerca del discurso del Dr. Bravo, que versa acerca de la *Cirugía de las vías biliares.*

Es el Dr. Bravo un hábil operador y un cirujano erudito, pero, y aquí viene el pero, parece que en sus escritos se propone se dude de su erudición. Ya al ocuparme de su tesis del Doctorado, me ví obligado á rectificar alguna de sus afirmaciones respecto á fechas y á hechos, que debían ser para cirujano tan ilustrado conocidos, y tal vez el único reproche que se deba hacer al trabajo que voy á analizar sea de la misma índole, porque una de dos, ó el Dr. Bravo aparenta no conocer lo que en castellano se escribe, ó bien entiende que hay que hacer caso omiso de todo lo que no se refiere á la cofradía ó á la tertulia. Me parece que no es esta la manera de llegar á hacer Cirugía española; pero como nadie puede poner en duda el derecho para obrar de tal manera, basta con consignar tales hechos, para que quien lea el discurso del Dr. Bravo, que, por otra parte, merece ser leído, no quede sorprendido al ver que, según él, sólo dos ó tres amigos han hecho algo de Cirugía biliar ó del hígado, pues en las observaciones de todo hay.

Empieza el discurso sentando el estado en que se encuentra en España la Cirugía biliar; sigue después una breve mención acerca de las deformidades del árbol biliar, el estudio de los traumatismos de las vías biliares y las indicaciones que de ellos se desprenden; el de los tumores de las vías biliares, de la colelitiasis, de las angiocolitis y las colecistitis infecciosas y sus consecuencias, asuntos todos que estudia teniendo principalmente en cuenta lo que á la intervención

quirúrgica se refiere, terminando el discurso con un cuadro en que reasume las operaciones principales sobre las vías biliares seguido de la exposición de algunas observaciones.

Tales son los puntos que abraza el discurso del Dr. Bravo: que el discurso está bien hecho, que es metódico, que en él hace gala de mucha erudición, es cosa que huelga decir tratándose de un cirujano de la reputación del Dr. Bravo, y de ahí que, como se trata de un asunto relativamente nuevo y no tratado en conjunto hasta ahora entre nosotros, deba recomendar su lectura á todos aquellos que en corto espacio de tiempo quieran ponerse al corriente de lo que se hace y de lo que constituye hoy la Cirugía biliar.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 18 *de Marzo de* 1901.

Un caso de afaquia con aniridia.—El Dr. García Mansilla: El caso clínico que voy á referir á los Señores Académicos, consiste en un enfermo que carece de cristalino (afaquia) y de íris (aniridia ó irideremia), habiendo motivado un traumatismo la desaparición de tan importantes órganos del globo ocular.

La historia del caso en cuestión es la siguiente: El 9 de mayo de 1900 se presenta en nuestra consulta del Hospital General un enfermo llamado Andrés Ampuero, de sesenta y cuatro años de edad, natural de Cenicientos, provincia de Madrid, con el fin de consultar sobre las afecciones de sus ojos. Manifiesta que hace cuatro años recibió un fuerte golpe en el ojo izquierdo, producido por el asta de una vaca que estaba unciendo al yugo. Sufrió una fuerte contusión en el párpado inferior, sobre todo hacia la parte externa, quedó en el acto sin visión de dicho ojo, observando que de él salía una masa blanquecina como una lenteja y otra de color obscuro, que asomaban por una herida que existía en la parte superior del globo ocular. Una sobrina del enfermo, que fué quien le practicó la primera cura, separó con unas tijeras la masa negruzca que asomaba por la herida ocular y aplicó un pañuelo. Después fué asistido por el médico de su pueblo, que le trató con las instilaciones de atropina y vendaje compresivo. Al mes estaba completamente curado, quedándole una visión escasa. En el otro ojo tiene una catarata incipiente que motiva su viaje á consultar.

El examen del ojo herido nos demuestra una cicatriz ligera en el párpado

inferior izquierdo. En el globo ocular se observa otra cicatriz ancha situada en la parte supero-interna de la córnea, siendo paralela al círculo periquerático, del que dista 2 milímetros, teniendo una extensión de 8. Esta cicatriz es poco prominente, algo azulada y corresponde al sitio que ocupa el conducto de Schlemm.

Por el examen con el espejo del oftalmoscopio, se comprueba la ausencia completa del íris y de cristalino, no quedando vestigio alguno de estos órganos.

El íris se desprendió por completo de sus inserciones, siendo visibles las cabezas de los procesos ciliares, lo cual excluye la idea de estar invertido hacia atrás. No sólo falta el cristalino, sino que no ha quedado vestigio alguno de su cápsula.

El examen á la imagen invertida, comprueba la integridad de las membranas internas del ojo y del humor vítreo.

La visión en este ojo era muy confusa, cual corresponde á un aparato dióptrico, que ha perdido una lente convergente (cristalino) y un diafragma movible (íris), con lo cual la cantidad de luz que entra en el interior del ojo es excesiva. No obstante, como los medios transparentes y las membranas están sanas, la visión se eleva á $^4/_5$, mediante la aplicación de una lente estenopeica que limita la abertura por donde la luz ha de penetrar en el interior del ojo, asociada á una lente de + 10 dioptrías. De este modo, quedan sustituídos los dos órganos de que el ojo carece, y éste se encuentra en las condiciones de un operado de catarata.

Expuestos los síntomas que en el enfermo pudimos comprobar, sólo nos falta interpretar la manera cómo se ha verificado tan extraordinaria lesión. El cuerno de la vaca determinó una contusión del globo ocular en su segmento inferior á través del párpado inferior; por contragolpe, se produjo una herida transversal de la esclerótica, paralela al círculo periquerático, es decir, sobre el conducto de Schlemm. La misma contusión originó la rotura de las inserciones del íris y de la zónula, con lo cual quedaron libres aquella membrana y el cristalino. Ambos salieron por la herida esclerotical, quedando enclavado el íris entre los labios de la misma, de donde fué separada por la persona que practicó la primera cura.

Por lo demás, en el enfermo á que nos referimos no ha cambiado la visión desde que se verificó el traumatismo, hasta el momento de verificar nuestro examen. Con el empleo de la lente de 10 dioptrías asociada á la estenopeica, dicho individuo mejoró mucho su visión y se maneja perfectamente para todos los usos de la vida.

Deben ser tan raros los casos de aniridia con afaquia determinada por traumatismos, que no hemos encontrado ninguno en la bibliografía oftalmológica; por esta razón, creemos de utilidad dar á conocer este caso tan extraordinario, que es el único que nosotros hemos observado y que hubiese pasado completamente desapercibido, sin la circunstancia de venir el enfermo á consultar sobre la catarata que tenía en el ojo derecho.

El *Dr. Sanz Blanco* dice que los casos de aniridia traumática son muy raros, pero son más raros todavía los de aniridia y afaquia; ni él ha visto ninguno, ni los ha leído, pues los autores se limitan á enunciar la posibilidad de que ocurran, pero sin citar ninguno.

Aun cuando los traumatismos de los globos oculares son muy frecuentes, muy variados y muy graves, unas veces producen la rotura de la esclerótica y otras no, según la dirección que tenga el eje de mirada en el momento en que el ojo recibe el golge: casi siempre cuando ocurren estos accidentes, se dirige hacia arriba la mirada, por un movimiento instintivo, para defender lo posible el ojo con el párpado superior, y por efecto de este movimiento, se pone la extremidad inferior del eje vertical de la esfera ocular en relación con el agente vulnerante, viniendo, por lo tanto, á producirse la acción del contragolpe por encima y á poca diatancia de la córnea, punto por donde la esclerótica, por ser más débil, cede, se rompe y deja salir el cristalino casi siempre envuelto en su cápsula y en compañía de cantidad variable de vítreo; estos traumatismos son los más graves, porque si el ojo no se vacía por completo, generalmente se infecta la desigual herida resultante, y la panoftalmitis es la consecuencia final.

Si la violencia externa obra directamente de atrás á adelante, el efecto del contragolpe actúa en el ecuador del globo del ojo, y como esta zona es la más resistente, no suele romperse, pero en cambio, comprimida la córnea y disminuyendo la profundidad de la cámara anterior, sufre el íris la presión que sobre él ejerce el humor acuoso y se desprende más ó menos completamente de las débiles inserciones que por su gran círculo le sujetan (iridodialisis).

El caso que presenta el Dr. Mansilla, siendo muy interesante por todos conceptos, lo es más, á juicio del Dr. Sanz Blanco, por haber salvado todos los peligros de derramamiento de vítreo, así como de infección, y de todo esto saca la deducción de que en casos de traumatismos y heridas del globo ocular, es más beneficioso dejar el ojo en reposo que someterle á medicaciones ó maniobras que pudieran ser imprudentes.

El Dr. Márquez: La aniridia, en efecto, es muy poco frecuente, y en ella como en muchas afecciones congénitas, tiene un gran papel la *herencia*. Recuerdo á este propósito haber leído en el clásico *Traité d'Ophtalmologie*, de Wecker y Landolt, el caso sumamente curioso de una familia en la cual hubo casos de aniridia en cuatro generaciones sucesivas. El fundador de esta generación era el único, entre ocho hermanos, afecto de esta anomalía. El, á su vez, tuvo ocho hijos, de los cuales tres tenían una irideremia total y uno solamente parcial. De dos de éstos nacieron hijos, unos sanos y otros con dicha anomalía, hasta llegar en total á diez el número de casos en las cuatro generaciones.

Dice el Dr. Mansilla que entre las aniridias traumáticas debe ser colocada la que se produce al coger el íris con la pinza, llevándosele todo por delante: más frecuentes son las desgarraduras parciales. Asegura también que en este enfermo no ha habido salida del vítreo, y si salió debió ser en pequeña cantidad, cuando no ha ocurrido la atrofia del ojo. Yo me inclino á creer que ha salido sólo el cristalino sin la cápsula, porque de haber salido el cristalino entero, hubiera habido desgarradura de la zona de Zinn y salida del vítreo, pero como han transcurrido cuatro años, no es muy fácil que sepamos lo que ocurrió. Aprueba el tratamiento empleado.

Refiere después dos casos vistos por el orador: el primero en la consulta del Dr. Albitos y el segundo en la Clínica del Dr. Calderón. En aquel re-

sultaba que el íris tenía el aspecto de cuando se dilata con la atropina al máximum, y en la cámara anterior había una cosa que se podía comparar á una gota de aceite, en la cámara obscura se vió que aquello era el cristalino lujado, completamente transparente, casi del mismo tamaño que la cámara anterior. Parecía, pues, á primera vista, en este caso, que el íris faltaba.

El segundo caso es también muy curioso porque difícilmente se verá otro igual. Era una mujer que con la punta de la hoja de una tijera se había herido la córnea y el íris en el mismo limbo esclero-corneal, que había atravesado el íris por su gran circunferencia y se observaba que esta mujer tenía dos pupilas, la natural y la artificial, producida por la iridodialisis.

Lo interesante del caso está en que la punta del instrumento atravesó matemáticamente entre el ecuador del cristalino y los procesos ciliares, sin herir á uno (ausencia de catarata traumática), ni á los otros (falta de hemorragia). Felizmente el instrumento debió de estar aséptico, pues siendo el cuerpo vítreo un excelente caldo de cultivo de los microorganismos, no sobrevino la hialitis.

El Dr. Mansilla: Doy gracias á los dos Señores que han intervenido en el debate. Estoy conforme con el Dr. Sanz Blanco en la posibilidad de que los traumatismos pueden invertir el íris, pero no he visto ningún caso, y el citado por él sumamente raro, excepcionalísimo, y yo le hubiera agradecido al Dr. Blanco que lo hubiese expuesto con todos sus detalles. En el caso mío no hubo inversión del íris, porque cuando está invertido, cubre en su totalidad los procesos ciliares.

Dice el Dr. Márquez que no hay seguridad de que el íris haya salido, sino que pudo quedar apelotonado en la cámara anterior y ser absorbido, pero aquí en mi caso pudo ser seguramente la masa negra que la sobrina recogió al hacer lo que podemos llamar primera cura. Pudo salir el vítreo toda vez que se admite que puede perderse un tercio sin que dé lugar á trastornos. No hubo infección ni pretesto para que la hubiera, porque el cuerno de la vaca no hirió directamente sino por contragolpe, y es claro que de haber existido la infección, el enfermo no habría conservado su visión, aunque disminuída, y no se hubiera curado tan pronto.

A Galezowski le ha ocurrido, no una, sino dos veces, traerse el íris en su totalidad, y una de ellas la describe y detalla diciendo que, á pesar de esta extracción, el enfermo quedó con su visión completa, distinta. De modo que aunque ni al Dr. Marquez ni á mí nos haya ocurrido, no podemos negarlo.

Si quedó la cápsula, como dice el Dr. Márquez, yo no la he visto y puede verse esto muy bien en un enfermo que carece de íris.

Sobre el tratamiento quirúrgico de la apendicitis.—El Dr. Prieto de Castro: Yo vengo aquí como médico, pero no sé si al final saldré tan partidario de la cirugía *à ou trance* como el Dr. Bravo. Con tanto hablar y escribir sobre el *apéndice*, aún no sabemos qué es ni para qué sirve; unas veces largo, otras corto, unas ancho, como dedo de guante, otras estrecho y delgado, dirigido á derecha ó á izquierda, adelante ó atrás, goza de bastante movilidad y cambia con cada individuo de forma y de dirección; y así como cada uno tiene una nariz de distinta forma, también tiene un apéndice distinto del de los demás. Aún ignoramos mucho, si no todo, lo concerniente

á su fisiología normal: hay quien dice que es un trozo de intestino que acabará por desaparecer, y otros le asignan un papel importante; quiénes le dan el de glándula con poder antitóxico, quiénes dicen que es emunctorio, por donde el organismo se desaloja de ciertas substancias nocivas. Pues si así estamos en cuanto á su fisiología normal, ¿cómo pretendemos establecer su fisiología patológica?

Sin embargo, por analogía con el intestino podemos y debemos admitir que padece, que sufre infecciones, que sufre alteraciones patológicas diversas, y hasta lesiones sifilíticas y tuberculosas. En ocasiones se le ha encontrado esfacelado, en otras se le ha visto engrosado, esclerosado, reducido á una especie de muñón sólido sin oficio ni beneficio. Y si son tantos sus modos de padecer, ¿cómo se quiere reducir su patología á una sola enfermedad, y su curación á una sola terapéutica y esa la quirúrgica?

Claro es que cuando se trata de la apendicitis supurada con síntomas de foco ó de infección peritoneal más ó menos localizada ó difusa, que son las apendicitis que ven los cirujanos y por eso no creen que hay otras, la laparotomía se impone, pero yo vengo aquí á decir, á sostener, que no todas las apendicitis son así, que la supurada es una de las formas, no la única; que hay una forma benigna, *a frigore*, reumática, como se quiera, pero benigna. Y en prueba de ello, enfrente de los casos del Dr. Bravo, voy á citar yo otros de mi clínica particular.

Una joven cloro-anémica, después de escalofríos repetidos, presentó dolor en el punto de Mac-Burney y submacidez en la fosa ilíaca y vómitos, pulso muy frecuente y temperatura á 39°, por una sola vez y como máximum. Opio, enemas, fomentos calientes, reposo, y á los tres días estaba curada.

Un hombre rico y poco comedor, presentó dolor terriblemente intenso, timpanismo, vómitos característicos, pulso frecuente y fiebre entre 38 y 38°,5. Opio al interior, dos inyecciones de morfina, harina de linaza al vientre y fomentos, con lo cual curó en cuatro días.

Una señora, hermana del anterior, de gran energía moral; dolor intensísimo y todos los demás síntomas, pero sin fiebre, y obtuve igual resultado que con los otros, siendo de advertir que en ninguno de ellos ha habido recidiva.

No hablo aquí del caso que citaba el Dr. González Campo y que me atañe directamente, pues aquello fué una serie de errores de diagnóstico, muy justificados por cierto. Podría citar otros muchos casos con los mismos síntomas, mas temo molestaros demasiado, por lo cual los omito, pero haciendo constar que en todos ellos el tratamiento médico ha dado resultados.

La cuestión magna es diagnosticar cuándo la apendicitis es supurada y cuándo no; y aquí entra lo difícil, lo árduo, porque cuando no es supurada, el enfermo se salva por el médico, y cuando es supurada, debe decirle al cirujano: Ahí está el pus: opera y sálvale y no se lo diga, como suele acontecer, demasiado tarde, cuando ya el daño no sea remediable en modo alguno.

El *Dr. Guedea* dice que usa de la palabra considerando un deber aportar todos lo mucho ó poco que hayan visto y el juicio que cada uno haya formado, y ser ésta una cuestión de actualidad y de una obscuridad extraordina-

ria. Añade que ha leído algo de apendicitis, y por todos lados encuentra infinito número de casos, haciendo notar que en los cuatro años que lleva ocupando su puesto oficial, ha visto *dos casos* que no fueron operados, y este año *uno* que ha sido operado. ¡Tres casos en cuatro años! Prueba elocuente de la gran falta que hace proporcionar elementos de cultura al profesorado español, que no puede presentar número de casos suficiente como los tienen en el extranjero.

No es partidario de tratamientos absolutos, no acepta que se diga «tales síntomas se tratan constantemente de tal modo», porque no lo juzga natural. Otras enfermedades hay de historia también moderna, como la salpingitis, en la que se intervenía con entusiasmo en los primeros momentos, y vemos que ahora los cirujanos se van haciendo menos intervencionistas; posiblemente ocurrirá lo mismo en el porvenir con la apendicitis. El tratamiento de la apendicitis resulta en parte confundido con el de la peritonitis, cuya complicación absorbe el interés fundamental de aquélla.

Las apendicitis pueden clasificarse en tres grupos, por orden de su mayor gravedad: primero, las apendicitis que han provocado peritonitis difusa séptica de Jalaguier, ó peritonitis difusa purulenta, ambas deben ser opedas, pues no por extraordinariamente graves deben desatenderse. Estos enfermos están perdidos, pero búsquese la salvación de su vida aun á costa de nuestra reputación. Hay que tener ese valor, como lo tuvo el disertante operando una hernia estrangulada en tan desesperadas condiciones, que falleció sobre la mesa de operaciones, y eso en los primeros días de su llegada al Colegio de San Carlos, cuando comenzaba sus trabajos en la Clínica.

Incluye en el segundo grupo las apendicitis bien determinadas con peritonitis circunscrita y flemón ó absceso, que también deben ser operadas con la precaución de no invadir la gran serosa aislada ya por las adherencias que circunscriben la inflamación. Y queda, dice, otro grupo de apendicitis, que son las que pueden ser objeto de discusión, porque en los dos grupos anteriores las opiniones son bastante conformes. Se refiere á los primeros momentos de la apendicitis, cuando no es posible decir si se detendrá ó si acabará por provocar la supuración ó la peritonitis generalizada.

Hay, dice, diferencia entre los consejos que puedan darse en la Cátedra de las discusiones apasionadas muchas veces de un centro de polémica como éste. De las aulas salen muchos discípulos que van á ejercer en pequeñas localidades, donde no cuentan con los recursos que en grandes centros de población se tienen para defenderse de las infecciones operatorias; aconsejar á tales compañeros operar todas las apendicitis, le parece gran temeridad. Y por eso, entre otras razones, no puede aceptar la fórmula apendicitis-operación.

Pero aun en los grandes centros de población no es partidario de doctrina tan absoluta, y como tal, tan poco clínica.

Cuando se observan los primeros fenómenos de una apendicitis, ó la infección queda limitada al apéndice y los síntomas son fugaces, ó la infección se transmite por contigüidad de tejidos (aparte otros medios de difusión más frecuentes y graves) al peritoneo. ¿Se opera y reseca el apéndice? ¿Está ya resuelto con esto todo el problema? ¿No queda en gran potencia virulenta pequeña porción del apéndice, alguna porción del ciego, alguna par-

te de la serosa? Ya cuenta con el aislamiento del pedículo apendicular. Pero ¿dejaréis desagüe? Este es un peligro de penetración de nuevos gérmenes en foco que no está esterilizado por el arte ni por los esfuerzos de la naturaleza. ¿No lo dejais? Con el foco pueden quedar elementos que continúen el proceso inflamatorio peritoneal, porque ya se comprende que la apendicectomía no es la curación de la apendicitis; prueba de ello que sin buscar el apéndice, curan bien por la abertura del foco supuratorio las apendicitis con absceso peri-apendicular, porque al dar salida al pus, se disminuye ó anula su toxicidad, ya moderada en extensión y en intensidad por los elementos defensivos de la naturaleza.—Dr. Eduardo Toledo.

PERIÓDICOS

Un caso de hidramnios, interesante por más de un concepto.—En la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, publica el Dr. Martínez Cerecedo la siguiente observación clínica:

J. L., de cuarenta y cinco años, natural de Almadenejos, tuvo siete partos, el último hace siete años, y un aborto de tres meses hace dos años, después del que se sintió algo débil y se fatigaba al hacer algún ejercicio, especialmente al subir escaleras.

Los puerperios han sido fisiológicos, resultando bien de todos; excepción hecha del referido aborto, en que experimentó abundantes pérdidas sanguíneas, sin infección alguna.

El 20 de abril tuvo la última menstruación.

Desde mayo, en que notó la primera falta del flujo menstruo, está sufriendo intensos dolores abdominales.

En junio empezó á aumentar el volumen del vientre desmesuradamente y en desarmonía con la fecha del embarazo.

Esta falta de relación con la época probable del embarazo disuadió, no sólo á la enferma y su familia sino también á los médicos, de la primitiva creencia de gestación, y fué rechazada, por lo tanto, la hipótesis de embarazo.

Fué sucesivamente diagnosticada de ascitis y de quiste ovárico: la practicaron una paracentesis en Valencia.

Posteriormente algún médico pensó en la probabilidad de un embarazo molar; y al cabo, á fines de septiembre, fué diagnosticada por el Dr. Abascal de hidramnios, notable y digno de estudio por varios conceptos; por cuyo motivo, y como un ejemplar interesantísimo para la enseñanza, lo envió al Instituto Rubio de Terapéutica Operatoria, donde el Dr. Gutiérrez confirmó el diagnóstico formulado por el Dr. Abascal, y ambos profesores de Ginecología hicieron observaciones oportunísimas concernientes al caso presentado.

Teniendo en cuenta el grave estado de esta enferma, en que más ó menos estaban interesadas todas las funciones por la extraordinaria dilatación uterina, cuyo volumen excedía del que pudiera corresponder á un embarazo ge-

melar de término, superdistensión que rechazaba el diafragma, dificultando la respiración y circulación y todas las demás funciones propias de los órganos comprimidos en la cavidad abdominal; el edema generalizado, la insuficiencia renal, la disnea, la hiposistolia y los trastornos digestivos, cuya resultante era una profunda debilidad general que había de reflejarse en el trabajo del parto y alumbramiento; la necesidad de provocar el aborto si no continuaba dilatándose el orificio uterino, y por último, con el objeto de vigilar el parto y puerperio y satisfacer las indicaciones que pudieran surgir, el Dr. Martínez Cerecedo se encargó de esta enferma el 2 de octubre, conceptuando inevitable el aborto, por cuanto había desaparecido el cuello, y el orificio uterino tenía de diámetro 2 centímetros, le hizo un detenido lavado vulvar y vaginal antiséptico, que repitió por la noche.

El día 3 por la mañana, las contracciones uterinas eran más fuertes que el día anterior, y la dilatación del orificio aumentaba, percibiéndose á su través, perfectamente clara, la extremidad cefálica de uno de los fetos: nueva irrigación vaginal...

Por la tarde, viendo que la enferma se agravaba por momentos, que el edema se extendía más y más, que la disnea se convertía en ortopnea, que no comía, ni dormía, ni segregaban los riñones, y que la debilidad general se acentuaba rápidamente; viendo que las contracciones uterinas se hacían menos frecuentes y fuertes, y que la escasísima orina excretada se hacía albuminosa, y que, no obstante, permanecía más dilatado todavía el orificio uterino y fija en él la extremidad cefálica de uno de los fetos, creyó urgente la rotura de las membranas. La enferma, mucho más grave que el día 2 por la mañana, pues el anasarca amenazaba invadir lo poco que restaba de tan extenuado organismo, y todo hacía presagiar un fatal desenlace si no se intervenía rápidamente.

La existencia de embarazo múltiple, gemelar por lo menos, fué sospechada desde los primeros reconocimientos, no sólo por la influencia que el embarazo plurifetal tiene sobre el hidramnios y por la ausencia de antecedentes sifilíticos y albuminúricos, sino muy especialmente por la persistencia de la presentación cefálica en varias posiciones adoptadas por la enferma en los distintos reconocimientos practicados.

La fijeza de la cabeza pegada al orificio uterino, habiendo una cavidad tan amplia, era un indicio cierto, un reflejo inequívoco de la existencia de dos huevos, hallándose el inferior fijo por la compresión del superiormente colocado.

El día 3 por la tarde, previa desinfección vulvo-vaginal, rompió la bolsa que se presentaba, habiendo salido exclusivamente una escasísima cantidad de líquido amniótico, muy inferior á la correspondiente á un huevo fisiológico á los cinco ó seis meses. Este hecho vino á corroborar la existencia de embarazo gemelar, por lo menos con dos huevos independientes, correspondiendo el hidramnios al segundo huevo, superiormente colocado, que mantenía fijo en el segmento inferior del útero al primer feto que se presentaba.

La rotura de las membranas no despertó las contracciones uterinas; tal era el grado de sobredistensión alcanzada.

Por último, debido probablemente al tacto digital, practicado varias veces con el fin de separar del estrecho superior el hombro y que se encajara

solamente la cabeza, surgieron contracciones que produjeron la expulsión del primer feto.

Rápidamente apareció en la vagina la segunda bolsa, correspondiente al hidramnios, que era grande y prolongada, la que rompió saliendo una enorme cantidad de líquido que seguramente pasaba de 12 litros.

Las contracciones uterinas se hicieron ostensibles; y como apareciese una metrorragia considerable y conceptuase urgente el vaciamiento uterino, procedió á la extracción de la cabeza fetal de la vagina, lo que logró simplemente con la mano.

Como persistiese la hemorragia producida por el desprendimiento de la placenta correspondiente al primer feto y por la falta de retracción y contracción uterina, y continuase adherida la perteneciente al huevo hidrámnico, procedió al desprendimiento y extracción artificial de la segunda placenta, intervención que resultó algo laboriosa por dos razones, como son: la amplitud de inserción placentaria, cuyo órgano era mucho menos grueso y tenía mayor diámetro que normalmente, habiendo ganado en superficie lo que había perdido en espesor ó profundidad; y, además, el no haber encontrado un trozo de borde desprendido por donde poder insinuar los dedos para realizar rápidamente el desprendimiento.

Extraídas, por último, las placentas, membranas y coágulos, y hecho un lavado intrauterino, primero con sublimado al 1 por 4000, y después simplemente con agua esterilizada, tomó la puérpera 20 gotas de ergotina de Ivon, y se le recomendó el reposo.

Durante una semana se favoreció la involución uterina con la misma dosis diaria de ergotina, habiendo logrado así que el borde superior del útero descendiera hacia el décimo día, después del parto ó aborto, al nivel de la sínfisis pubiana. Recordando la dilatación que había adquirido, que excedía de la correspondiente á un embarazo gemelar de término, se comprende la virtud involutiva de la ergotina, que redujo el órgano de la gestación á las dimensiones indicadas, que pertenecen, según Depaul, al duodécimo día de un puerperio fisiológico.

Además de esta positiva é indiscutible ventaja de acelerar el período regresivo, tiene el cornezuelo la función de poner á salvo de posibles metrorragias, que pueden surgir en el puerperio, por cuya razón un ilustre tocólogo de esta corte, el Dr. Cortejarena, recomienda su empleo en una nota clínica dirigida al Congreso Hispano-portugués, sobre la benéfica influencia del cornezuelo para prevenir la metrorragia *post-partum*, excitando la rètracción y oponiéndose á la atonía uterina.

El puerperio fué ligeramente accidentado por una bronquitis limitada al borde posterior de ambos pulmones y por una hiposistolia, en cuyo génesis se puede ver no sólo el estado patológico actual, sino quizá la rotura de equilibrio de una lesión cardíaca compensada, como fácilmente se vislumbra en la anamnesia.

Tuvo fiebre durante tres días, que no pasó de 38°, sufrió sudores abundantísimos durante el puerperio, compensadores tal vez de la insuficiencia renal y cardíaca. Y por fin, la contracción cardíaca deficiente é irregular se normalizó, desvaneciéndose la hiposistolia á beneficio de la digital, restableciéndose la secreción renal; también se corrigió la excesiva diaforesis

con alcohol, café y quina; y habiendo desaparecido el edema, se restableció el orden fisiológico.

Las conclusiones que deduce de este caso son las siguientes:

1.ª *El hidramnios no es complicación exclusiva de los últimos meses del embarazo, pudiendo aparecer desde el principio.*

2.ª *El hidramnios puede ser origen de indicaciones urgentes, y de no llenarse oportunamente, se expone á la enferma á ser víctima de una expectación injustificada, y por lo tanto, censurable.*

3.ª *Que es posible el diagnóstico de dos huevos en cierto período del embarazo, en caso de que las cosas estén dispuestas como queda dicho: «que el huevo que se presenta primero no sea el del hidramnios».*

4.ª *Que las vacilaciones que han tenido los diferentes médicos á quienes ha consultado la enferma, sólo tienen una explicación, y es: la carencia del hábito de la palpación combinada en estas exploraciones*, pues educado el tacto bimanual, no es posible incurrir en errores tan transcendentales, como hubiera sido exponer la enferma á una laparotomía tan injustificada como funestísima.

Por la palpación combinada, se podía demostrar de un modo evidente en esta enferma, que el tumor que llenaba su cavidad abdominal estaba formado por el útero enormemente dilatado.

La paracentesis practicada y la laparotomía propuesta, no revelan sino la necesidad de afinar más los diagnósticos, si no se han de deplorar ligerezas que deben salvarse ya con la reflexión, el estudio y la educación de los sentidos en determinadas exploraciones; con la prudencia, *en caso de duda abstenerse, particularmente en tumores abdominales acompañados de amenorrea.*

SARABIA

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 19 *de Marzo de* 1901.

Condiciones y diagnóstico del terreno de la tuberculosis pulmonar.—El doctor A. ROBIN: He estudiado con el Dr. Binet 392 enfermos, desde el punto de vista del terreno predisponente á la tisis. Sabemos que uno de los caracteres de los tuberculosos es la desmineralización orgánica. Pero existen también ciertas particularidades, contrarias en absoluto á lo que se admite de ordinario. Se cree que los actos respiratorios y la hematosis están muy disminuídos en el tísico cuando se hallan exagerados. De 162 casos, esta particularidad sólo ha faltado en 8.

El quimismo respiratorio de los tísicos es completamente especial. Un

hombre sano consume 107 cent. cúb. de aire por kilogramo de peso y por minuto; en los tísicos, las cifras son como sigue: 192 cent. cúb. (hombres) y 225 cent. cúb. (mujeres).

Un hombre sano consume 5'13 cent. cúb. de oxígeno, y un tuberculoso 10'29 (mujeres) y 8'72 (hombres); un hombre sano emite por kilogramo y por minuto 4'17 cent. cúb. de ácido carbónico, y un tuberculoso 7'5 (mujer) y 8'85 hombre. La ventilación pulmonar es también mayor en la tuberculosis.

Esta exageración de los cambios existe en la tuberculosis fibrosa, aunque es menos marcada. Puede observarse también en la primera fase del primer período, antes de todo signo de auscultación. Existe asimismo en las últimas fases de la tisis. Puede, pues, afirmarse que en el 92 por 100 de los tísicos los cambios respiratorios están aumentados, sea el que quiera el período de la enfermedad.

En diversos casos de tuberculosis ósea los resultados son los mismos.

En la meningitis y peritonitis tuberculosa, en el lupus, no hay modificación de los cambios.

En la fiebre tifoidea hay lentitud de los cambios.

En la grippe los cambios rara vez están exagerados.

En la clorosis la ventilación pulmonar es menor.

En resumen, aunque algunas enfermedades presentan rara vez exageración del quimismo respiratorio, en ninguna este quimismo es idéntico al de la tisis. Por consiguiente, en los casos dudosos el estudio de dicho quimismo permitirá hacer el diagnóstico precoz.

Este procedimiento de examen puede servir para descubrir entre los descendientes de los tuberculosos los que están predispuestos y los que se hallan libres de todo estigma.

En la escrófula y el artritismo se observa disminución de los cambios, de acuerdo con lo que la clínica enseña sobre las relaciones de estas dos diátesis con la tuberculosis.

En resumen, existe un procedimiento de primer orden para hacer el diagnóstico precoz de la tuberculosis, y para emplear una terapéutica racional que permita al organismo contrarrestar esta exageración de los cambios nutritivos y reparar sus pérdidas salinas.

El método de Bier.—El Dr. Reclus: La analgesia quirúrgica por las inyecciones de cocaína en el conducto raquidiano no ha nacido de repente, sino que su historia ha tenido tres etapas: en la primera, en 1891, Quincke imaginó la punción lumbar para suprimir la compresión de los centros nerviosos por el derrame del líquido cefalo-raquídeo; en la segunda se propuso inyectar por esta vía substancias medicamentosas, con el fin de impresionar directamente los elementos medulares; y en la tercera, Bier, de Kiel, en abril de 1898, fué el primero que tuvo la idea de utilizar para las intervenciones quirúrgicas la analgesia que la cocaína provoca en el segmento inferior del cuerpo, y pudo, gracias á ella, practicar seis grandes operaciones sobre los huesos de la pierna y del muslo. Bier tardó poco en ser imitado por Seldowitch, Zeidler y Tuffier, quien en poco más de un año ha empleado este método 300 veces.

La técnica de las inyecciones lumbares es casi la que empleaba Kincke

para la punción. Se usa una jeringa esterilizada, la de Malassez, por ejemplo, con aguja de platino irradiado de pico corto, de 7 á 8 centímetros de longitud, y bien obturado por un alambre. Tuffier aconseja para estas inyecciones la disolución de cocaína al 2 por 100; pero prefiero usar la del 1 por 100, porque posee propiedades analgésicas suficientes. En el adulto se inyecta de 1 á 3 centígramos, sin exceder de 4. La disolución de cocaína debe estar esterilizada.

Los médicos punzan sus enfermos en la posición llamada «en gatillo de fusil»; los cirujanos prefieren que estén sentados de modo que sobresalga el dorso. En estas dos actitudes, el espacio comprendido entre las dos vértebras sobresale, por decirlo así, y se presta mejor á la introducción de la aguja. Se señala el sitio donde ha de clavarse ésta. En la región lumbar, jabonada con un cepillo y frotada con éter y alcohol, se reunen por medio de una línea las dos crestas ilíacas, derecha é izquierda, y esta línea transversal pasa por la apófisis espinosa de la cuarta vértebra lumbar; la aguja se introduce por encima, bien directamente, entre las dos apófisis espinosas, ó á 1 centímetro á la derecha ó á la izquierda de la apófisis, pero dirigiéndola siempre algo hacia arriba y adentro. La punta atraviesa la pared, las masas musculares y á veces tropieza contra la lámina vertebral; es preciso entonces extraerla en parte y dirigirla más hacia arriba ó hacia abajo. Una vez perforada la lámina elástica resistente, la aguja se halla como libre en una cavidad; se extrae el alambre, y el líquido cefalo-raquídeo sale en gotas con más ó menos rapidez.

En ciertos casos no sale el líquido, y entonces es preciso no incurrir en una gran falta que no señalan los autores. Si se introduce la aguja más, no tarda su punta en llegar á la pared anterior y en herir quizá alguna de las venillas del plexo venoso que existe en este punto. Es mejor extraer la aguja y practicar de nuevo la punción. Cuando se ve salir el líquido cefalo-raquídeo, se ajusta á la aguja la jeringa cargada con 2 cent. cúb. de la disolución de cocaína al 1 por 100, y se empuja poco á poco el émbolo hasta inyectar en el conducto raquidiano el contenido de la jeringa; se extrae entonces la aguja y se obtura la picadura con una capa ligera de colodion.

El resultado de esta inyección, según Tuffier, es la analgesia de la mitad inferior del cuerpo. Se obtiene en algunos casos raros. La analgesia principia unas veces por los piés, otras por los órganos genitales externos, y á los cinco ó diez minutos es bastante completa para permitir en el segmento inferior del tronco las intervenciones más delicadas y más extensas; es posible rasgar, torcer, quemar lo mismo los tejidos sanos que los inflamados, sin más sensación que la del contacto. Esta analgesia dura de una hora á hora y media.

Las inyecciones lumbares de cocaína van acompañadas ó son seguidas de accidentes numerosos. Además, la analgesia puede ser nula ó insuficiente por dos razones: en primer lugar, porque la aguja no penetra, ó atraviesa el conducto, ó no se derrama el líquido, y en segundo lugar, aunque la inyección sea correcta, la analgesia es nula ó incompleta ó de poca duración para permitir el acto operatorio.

Estas analgesias, deficientes ó insuficientes, son raras, pero no los accidentes que acompañan ó siguen á las inyecciones. Las náuseas y los vómitos

son penosos, y además, en ciertas operaciones sobre el abdomen, hacen salir fuera de la herida la masa intestinal. Unas veces son pasajeros, otras duran varios días. La paresia del esfínter anal permite la salida de gases y de materias fecales que manchan el campo operatorio. La paraplegia se observa también á menudo. La cefalalgia es el accidente más común y, en ocasiones, dura algunos días. Después de la inyección, suele elevarse la temperatura á 39 y 40°, haciéndose normal á las veinticuatro horas.

Todos estos accidentes, excepto la cefalalgia, son de poca importancia y no ponen en peligro la vida de los operados. Pero, además, el método de Bier es tan peligroso como los demás anestésicos, el éter y el cloroformo. Se citan de seis á ocho casos de muerte en menos de 2000 inyecciones subaracnoides de cocaína. Es una proporción enorme comparada con las estadísticas que dan 1 muerte por 2300 cloroformizaciones, 1 por 7000 eterizaciones y ninguna por 7000 cocainizaciones locales, según mi estadística. Diré, por lo tanto, con Bier, el inventor del método: en la actualidad, con una técnica obscura é insegura aún, las inyecciones lumbares nos dan menos seguridad que nuestros anestésicos ordinarios. Por lo tanto, hasta tener pruebas nuevas, el éter, el cloroformo y las inyecciones localizadas de cocaína, no deben ser abandonadas ni aun parcialmente.

La epidemia de peste actual. — El Dr. Proust: En 1896, la peste apareció en Bombay, donde existe todavía. En 1890, existía en Bombay, Calcuta, Singapoore, el Japón, Hanaï, Asia Menor, Madagascar, San Francisco, el Paraguay, en diversos puntos de Australia, en Portugal y en Inglaterra. El número de defunciones por esta enfermedad en 1900, ha excedido de 24.000. La peste disminuye durante los meses más cálidos y se recrudece de nuevo en septiembre. Ha sido transportada de Bombay á las cinco partes del mundo. Los diversos focos aberrantes se han circunscrito gracias á las medidas enérgicas adoptadas.

Un nuevo mónstruo xifópago vivo. — El *Dr. Chapot-Prevost* describió un nuevo caso de mónstruo xifópago del sexo masculino que ha observado en Viena. Le forman dos hermanos chinos, que nacieron el 2 de enero de 1887. El parto de término fué fácil y normal, aunque la madre era primípara. El primer niño nació de cabeza y el segundo de piés. El volumen de ambas criaturas era algo inferior al normal. Sólo había un cordón umbilical y una placenta. El punto de unión mide 4 centímetros de longitud en su borde superior y 9 en el inferior; el vertical del puente es de 77 milímetros y el transversal de 34; la circunferencia es de 20 centímetros durante la expiración y de 21 en la inspiración. El puente de unión, que se extiende desde el apéndice xifoides á la cicatriz umbilical, está constituído, como en todos los mónstruos de este género: 1.°, por la piel; 2.°, por una lámina cartilaginosa que reune la extremidad inferior de ambos esternones; 3.°, probablemente por una lámina de tejido hepático; 4.°, por fondos de saco peritoneales. La separación de los dos hermanos chinos es más fácil que la de las hermanas brasileñas María-Rosalina.

Ictericia grave en la apendicitis. — El *Dr. Barretts* refirió un caso de apendicitis gangrenosa hipertóxica complicada con ictericia mortal, á pesar del principio benigno de la enfermedad y de la intervención operatoria. Saca de este hecho las conclusiones siguientes:

1.ª En un ataque de apendicitis, aun de apariencia benigna, es preciso estar en guardia y recurrir lo antes posible á la intervención quirúrgica, porque es imposible prever lo que puede resultar;

2.ª El empleo del opio es peligroso en estos casos; al suprimir el dolor y la defensa muscular, puede inducir á error en la apreciación de los síntomas locales. Obra, además, inmovilizando el intestino y favoreciendo la estancación y multiplicación de los elementos infecciosos;

3.ª Los laxantes ligeros son utilísimos, porque disminuyen las toxinas intestinales y combaten la infección.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 20 *de Marzo de* 1901.

Resección primitiva como tratamiento de las fracturas de la diáfisis debidas á disparos de armas de fuego.—El Dr. Nimier: No creo que esta resección esté indicada á menudo. Un cirujano de Santiago acaba de referir tres casos que tienen relación con este asunto. En uno se trataba de la fractura de la diáfisis del radio; se desbridó la herida y suturó y hubo supuración. En los otros dos casos, los heridos tenían una fractura del húmero y una fractura con esquirlas del femur respectivamente; no se intervino operatoriamente y se obtuvo la curación. En la actualidad, tengo en mi enfermería dos oficiales, y uno de ellos tuvo una fractura del femur por bala en mayo de 1900; el proyectil quedó debajo de la piel y fué extraído por el mismo enfermo y no se presentó supuración, pero no se obtuvo la consolidación, y no hace mucho le extraje una esquirla, con lo cual se encuentra ahora perfectamente bien. El segundo herido tuvo una fractura en la pierna con supuración, y aunque ahora está ya curado, conserva todavía un pequeño foco de osteítis. En estos casos, el mejor tratamiento consiste en la inmovilización del miembro, como lo prueban las radiografías. Cuando la consolidación no se obtiene y queda pseudo-artrosis, es necesario practicar una resección secundaria, seguida ó no de la sutura de las extremidades óseas avivadas.

El Dr. Loison: La resección primitiva y hasta la esquirlotomía precoz en estas fracturas, deben desecharse en absoluto, puesto que exponen á los heridos á una infección. La espectación con reposo é inmovilización del miembro, da mejores resultados, como lo demuestran las radiografías.

Tratamiento del aneurisma de la carótida interna y del seno cavernoso. — El Dr. Delens: Se han propuesto muchos tratamientos del aneurisma de la carótida interna y del seno cavernoso. La electrolisis del tumor ha dado algunos éxitos; la extirpación del saco lleva consigo dificultades técnicas bastante grandes, y la ligadura de la carótida primitiva me parece que debe considerarse como el procedimiento de elección, puesto que ligando únicamente la carótida interna continuaría llegando sangre al saco aneurismático por la carótida externa y por sus ramas. La gravedad no es muy grande, puesto que la mortalidad no es mayor del 12 por 100. A pesar de los latidos y del ruido de soplo que presenta, con intermitencias, el operado por el

Dr. Reclus, creo que acabará por curar sin que sea necesario acudir á la ligadura de la carótida opuesta.

Embarazo extrauterino gemelar. — El Dr. Potherat: Esta observación ha sido enviada por el Dr. Fontoinon (de Tananarive). Se trata de una mujer hova que tuvo dos embarazos normales á los diecisiete y dieciocho años, y algunos años después tuvo, durante cinco meses, los signos de otro embarazo, y en esta época se le presentó una metrorragia muy grave, seguida de fenómenos de infección, que se atribuyó á un aborto. Nuestro colega encontró un tumor abdominal que hacía prominencia en el fondo de saco posterior; le diagnosticó de flemón periuterino; incindió por dicho fondo de saco y salió primero serosidad y coágulos negros y después sangre rutilante; en vista del estado precario de la enferma, taponó y le inyectó 200 centímetros cúbicos de suero artificial. Al día siguiente hizo una laparotomía suprapubiana, que le llevó á una gran colección, que contenía un feto blanco de 12 centímetros, con la placenta adherida á las paredes de la bolsa; al intentar la desinserción de la placenta, se presentó una gran hemorragia, que le obligó á taponar. Dos días después levantó los taponamientos y encontró un feto más pequeño que el anterior, y negro, cuya placenta estaba insertada muy cerca de los labios de una perforación uterina. Extrajo el feto y colocó un desagüe abdomino-utero-vaginal, obteniéndose la curación al cabo de un mes. El Dr. Fontoinon califica este caso de embarazo extrauterino gemelar con superfetación, lo cual es muy discutible, puesto que estos hechos son excesivamente raros, y la inserción de la segunda placenta más bien da á entender que uno de los fetos se desarrolló en el útero y salió por la perforación de este órgano.

El Dr. Follet: He observado un caso de embarazo extrauterino gemelar; uno de los fetos estaba en regresión, llegado á término y había muerto recientemente.

El Dr. Tuffier: Aquí mismo tuve ocasión de comunicar un caso de superfetación que me parece indiscutible. Se trataba de una mujer que operé por un tumor del hipocondrio derecho, tumor formado por un feto de siete meses muerto, alojado debajo del hígado; pues esta mujer había parido seis semanas antes un niño á término y vivo.

De los cálculos vesicales en los niños. — El Dr. Potherat: En una nota enviada también por el Dr. Fontoinon, se hace constar la gran frecuencia de los cálculos vesicales en los niños hovas: 13 casos de 18 observados en dos años. De preferencia atacan á los varones: 12 por 1 hembra, y se observan hasta á los pocos meses de haber nacido. Es tal la frecuencia, que los padres hacen el diagnóstico muy á menudo. Los cálculos varían en número, tamaño y composición. Dice que en un niño encontró en la vejiga 10 cálculos del tamaño de un huevo de gallina (?); generalmente están compuestos de oxalatos. De los 13 niños, 3 los expulsaron espontáneamente, en un caso hizo la talla prerectal y en los 9 restantes la talla hipogástrica, que sólo fracasó en un caso, seguido de muerte.

Cuerpo extraño de las vías aéreas; tentativa de extracción por el mediastino. —El Dr. Ricard: Trátase de una mujer de treinta y nueve años que llevaba una cánula traqueal desde hacía muchos años. El 14 de noviembre último se desprendió un pedazo de dicha cánula y cayó en la tráquea. La radiosco-

pia demuestra que el cuerpo extraño se encuentra en la bifurcación de la tráquea, penetrando en parte en el bronquio derecho; se ensayó la extracción por las vías naturales sin resultado, y en consecuencia, se pensó en seguir la vía del mediastino anterior. Hice una gran incisión curva de convexidad derecha, que partía de la articulación esterno-clavicular izquierda y terminaba en la extremidad interna de la tercera costilla del mismo lado; resequé toda la mitad superior del esternón y sólo hubo necesidad de colocar una pinza, por la escasez de la hemorragia; disocié el tejido celular laxo del mediastino anterior; separé fácilmente, sin ligarlos, los pulmones cubiertos con su pleura, la vena cava superior y las venas pulmonares; puesta al descubierto la extremidad inferior de la tráquea y el origen del bronquio derecho, fué imposible encontrar el cuerpo extraño, á pesar de la palpación más minuciosa. Entonces creí que no debía seguir adelante, puesto que la incisión exploradora de la tráquea parece ser una operación muy grave, é hice el desagüe del mediastino y coloqué un apósito para evitar la infección de la herida. La enferma murió algunos días después de bronquitis séptica determinada por el cuerpo extraño. La autopsia demostró que este último se encontraba en el mismo sitio que había revelado la radiografía. Esta observación demuestra que estas operaciones son relativamente fáciles, y que, de este modo, se puede descubrir la parte inferior de la tráquea y el origen de los bronquios gruesos. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 27 de Marzo de 1901.

De la acción dinamogénica de los cacodilatos.— El Dr. Burlureaux: Siempre he administrado el cacodilato en inyecciones subcutáneas ó intramusculares, cuya vía es la más racional y la que está más desprovista de inconvenientes. Me sirvo de una solución de cacodilato de sosa al 5 por 100, y comienzo por inyectar media jeringa de Pravaz, ó sean 0'025 gramos de substancia activa; después aumento la dosis y llego á inyectar, en días alternos, un día 0'05 gramos y otro 0'10 de medicamento, es decir, una ó dos jeringuillas. De este modo puede sostenerse el tratamiento durante mucho tiempo (quince meses) sin ningún inconveniente. Los resultados obtenidos han sido buenos, y sobre todo, en los neurasténicos y cloro-anémicos, excelentes; otras veces han sido insignificantes ó nulos, y estas diferencias las atribuyo á que el medicamento no es susceptible de manifestar su acción dinamogénica más que en los casos en que más bien se trata de una inhibición que de una verdadera falta de fuerzas; el cacodilato es impotente, por decirlo así, para revelar una energía que no existe. Cinco inyecciones son suficientes de ordinario para saber si se obtendrá beneficio con esta medicación, puesto que si después de dicho número no se ha obtenido beneficio alguno, es de suponer que el caso es refractario al medicamento, y, por lo tanto, que debe suspenderse su empleo. Cuando ha de ser beneficiosa la administración del cacodilato, mejora el apetito y el estado general, aumentando las fuerzas y el peso del individuo.

Con esta medicación, pueden obtenerse la desaparición de eczemas inveterados, la reaparición menstrual en las amenorréicas, la salida de los cabellos, la desaparición de las disneas tóxicas, etc. Dos individuos con la enfermedad de Parkinson también obtuvieron buenos resultados. Al contrario de la opinión de Gautier, no he obtenido ninguna mejoría en la tuberculosis pulmonar; de 29 casos, sólo en uno obtuve un resultado francamente favorable; tampoco en el mal de Pott han sido buenos los resultados. El cacodilato de magnesia, que también he experimentado, el cual es más rico en principio activo, puesto que contiene por gramo 48 centígramos de arsénico, mientras que el gramo de cacodilato de sosa sólo contiene 32 centígramos, tiene una acción sensiblemente idéntica á la de esta última sal.

Acción aperitiva del persulfato de sosa. — El Dr. E. Hirtz: He obtenido buenos efectos del persulfato de sosa á dosis menos elevadas que la de 50 centígramos por día que antes empleaba, y que con frecuencia no era tolerada. Administrando por la mañana, en ayunas, 20 ó 25 centígramos, he obtenido un efecto aperitivo marcado, sin determinar sensación dolorosa ó desagradable por parte del estómago, efecto obtenido tres veces en seis varones y 13 veces en 15 hembras. Esta acción aperitiva, más manifiesta en la mujer que en el hombre, no puede atribuirse á la sugestión, puesto que los enfermos desconocían el objeto que se perseguía al administrarles el medicamento.

Tratamiento de los tics por la inmovilidad. — El Dr. Dubois: He obtenido la curación completa de dos casos de tic convulsivo por medio de una serie de sesiones en que los enfermos estaban obligados á la inmovilidad más absoluta, al mismo tiempo que, y con objeto de fijarles su atención, se les aplicaba en la cabeza un casquete vibratorio de la misma clase de los que Charcot empleaba para combatir la cefalea neurasténica. La idea de este tratamiento me la sugirió el hecho de una muchacha, con la enfermedad de los tics, en que se suspendían los movimientos convulsivos cuando tenía muy concentrada la atención.

Influencia ejercida por el agua, el cloruro de sodio, el caldo de buey y el bicarbonato de sosa sobre la secreción del estómago. — El Dr. Frémont: De los experimentos que he verificado en los perros, después de aislarles el estómago y hacer una fístula gástrica, con objeto de estudiar el efecto de ciertas substancias en el quimismo estomacal, puedo deducir la siguiente conclusión: El agua destilada excita la secreción gástrica, excitación que influye sobre todos los elementos, y en particular sobre los cloruros y el ácido clorhídrico libre; pero es menos pronunciada á 50 grados que á 38; en contacto del agua á 2 grados, la secreción gástrica toma un carácter francamente mucoso. El agua salada obra como el agua destilada, de donde se desprende que el cloruro de sodio es, cuando más, un débil excitante del estómago. El caldo de buey hace desaparecer el ácido clorhídrico libre y aumenta en gran escala el ácido clorhídrico combinado. Bajo la influencia del bicarbonato de sosa, la secreción gástrica se hace mucosa y viscosa, en razón directa de la dosis de bicarbonato y del grado de concentración de la solución empleada.

Codina Castellví.

SOCIEDAD OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA DE SAN PETERSBURGO

Sesión del día 3 de Enero de 1901.

Inomioma de la porción abdominal del ligamento redondo.—El *Dr. F. K. Weber* refiere que una multípara de cuarenta y seis años le consultó, quejándose de dolores en el bajo vientre y de hemorragias irregulares que duraban ya cuatro meses. En la exploración se encontró un tumor sólido, redondo, algo tuberoso por delante del útero y á la izquierda de la línea media, era poco doloroso, móvil y volvía inmediatamente á ocupar su antigua posición cuando se le apartaba y luego se soltaba; un enlace del tumor con el útero, no podía determinarse claramente; los anexos se tocaban distintamente por ambos lados, y no tenían ninguna relación con el tumor. En vista de estos datos, se diagnosticó un tumor del ligamento redondo izquierdo, y se propuso la operación; por circunstancias domésticas, la enferma tardó cinco semanas en presentarse; el tumor había aumentado considerablemente, se inclinaba un poco hacia la izquierda, y era menos móvil. La laparotomía confirmó el diagnóstico. El tumor se había desarrollado en la parte del ligamento más cercana del cuerno uterino, y por esto todo el gran tumor se hallaba en estrecho enlace con la matriz y separado de la misma solamente por un corto pedículo carnoso. El ovario izquierdo y la trompa estaban por detrás del tumor, la extirpación de éste no fué muy difícil; la convalecencia pasó sin novedad, y la operada salió á las cuatro semanas.

El interés de este caso consiste en que es el primero en que el diagnóstico se hizo antes de la operación. Estos tumores son muy raros, compilando Delbet y Veresco solamente cinco casos. En el presente, el tumor era por su estructura microscópica un inomioma. En algunas preparaciones se podía seguir la transición inmediata de las fibras musculares lisas del ligamento redondo en tejido miomatoso; un diagnóstico cierto de semejantes tumores, se logra tan sólo cuando no han alcanzado aún grandes dimensiones; importante es su propensión á colocarse delante de la matriz, síntoma que hasta ahora se había considerado característico de los dermoides del ovario. Kleinwächter menciona aún otro síntoma: si se tira del tumor, se nota tensión y sensibilidad en el correspondiente conducto inguinal. En el caso de Weber era imposible comprobar este síntoma, porque el tumor se había desarrollado demasiado cerca del útero. Por su curso, estos tumores resultan malignos, á pesar de su benigna estructura microscópica. Probablemente, á consecuencia de la buena circulación en los ligamentos redondos, crecen muy rápidamente los tumores que en ellos se desarrollan y conducen gradualmente á adherencias con los órganos vecinos. En dos de tres casos operados, sobrevino la muerte á consecuencia del gran tamaño del tumor y de las estrechas adherencias. En el caso de Weber, el tumor se había desarrollado hacía poco; su crecimiento, muy rápido, hizo sospechar una neoplasia maligna.

A favor de que se trataba de un tumor del ligamento redondo y no de un mioma subseroso, habla la circunstancia de que la mayor parte del ligamento estaba convertida en tumor, quedando inalterada tan sólo una peque-

ña porción terminal en el conducto inguinal. En la superficie del tumor no había ningún vestigio de fibras musculares, que habrían podido tomarse por un resto del ligamento redondo desviado. El pedículo del tumor que lo separaba del cuerno uterino, aunque era grueso y carnoso, presentaba, sin embargo, la disposición de fibras características del ligamento redondo.

El profesor *Fenomenof* advirtió que en este caso no era posible excluir en absoluto la posibilidad de que se trataba de un mioma subseroso; de los dos síntomas calificados por Weber de característicos para los tumores del ligamento, uno se consideró algún tiempo propio también de los dermoides, y el otro no podía comprobarse; por esto la cuestión ha de quedar abierta. En el concepto práctico, esto no tiene naturalmente ninguna importancia; el tumor había de extirparse, tanto si procedía del ligamento como del útero. El mismo ha extirpado de paso semejantes neoplasias del ligamento redondo, sin darles una importancia especial.

El último modelo del forceps de Tarnier, el forceps paralelo de Perret y el recto de Crousat. — El *Dr. N. S. Rachinsky* explica las particularidades de construcción de todos estos forceps, que estuvieron expuestos en el Congreso Médico internacional de París; expone la técnica de su aplicación, y hace ver sus ventajas sobre los forceps ordinarios; luego comunica los datos que ha obtenido en mediciones dinamométricas en el cadáver y el maniquí de la fuerza necesaria para el empleo de los forceps ordinarios y de los axiles.

El *Dr. Lichkus* dice que la aplicación del forceps de Tarnier en el diámetro recto de la pelvis y tanto más su vuelta por la curva pelviana hacia la pared anterior de la pelvis, debe considerarse como procedimiento inconveniente y peligroso. La compresión de la cabeza del feto con el forceps de Tarnier, no puede ser indiferente para la salud del feto y destruye el mecanismo natural de la evolución de la cabeza. Los indicadores de tracción en el forceps de Tarnier, son del todo supérfluos para el tocólogo experto é inútiles ó hasta perjudiciales, para el médico inexperto. Rachinsky admite que los mangos de los forceps de Tarnier, á consecuencia de su peso, pueden derviarse hacia atrás, y de esta manera inducir en error al operador. El forceps de Crousat, no puede contarse entre los forceps axiles, porque la fuerza de tracción no se aplica á las cucharas, como sucede en el de Tarnier, sino al mango. La curva perineal de este forceps, destinada á prevenir la rotura del periné, no tiene importancia, porque en la gran mayoría de los casos el periné no se rompe por los mangos del forceps, sino por la cabeza del feto cogida entre las cucharas. El arreglo mecánico hecho por Crousat para aumentar la compresión de la cabeza y con cada tracción sucesiva, debe considerarse perjudicial en absoluto; y en este concepto no cabe decir que también en la compresión de los mangos con las manos apretamos la cabeza más fuertemente durante la tracción, pues en este caso comprobamos el grado de compresión con nuestro sentido muscular, mientras que en el primer caso lo confiamos al mecanismo de un instrumento ciego. El indicador más perfeccionado del forceps de Crousat, no tiene ninguna importancia por las mismas razones que hemos señalado con respecto á los indicadores de Tarnier, esto es, para el experimentado no es necesario y para el inexperto es dañino. Algunos de los datos numéricos alegados por Rachinsky para demostrar la utilidad del forceps axil, no son convincentes, puesto que el éxito de la

operación no termina siempre en la sala de parir. Ya existen algunos datos que indican que la compresión vehemente con el forceps, prescindiendo de lesiones físicas, no deja de influir también en las funciones mentales del niño en su vida ulterior. En vista de todo esto, no se puede atribuir ninguna ventaja al forceps de eje. En una pelvis normal se aplica igualmente bien á la cabeza alta el forceps ordinario de Simpson, y en una pelvis estrecha no debe aplicarse el forceps alto, sobre todo, por uno que no sea especialista; todos los instrumentos inventados, cualquiera que sea su nombre, no sirven para este objeto. Pero que también el forceps ordinario, lo mismo que el axil, se ha aplicado y se aplica por muchos tocólogos con buen resultado también para la extracción de la cabeza alta en la pelvis estrecha es sabido de todos; basta mencionar á Braun, el cual, entre 78 aplicaciones atípicas de forceps, la hizo 36 veces con el de Simpson. No obstante, también este autor, á pesar de sus buenos resultados (68 de los 78 niños, salieron vivos), se expresa terminantemente contra la aplicación del forceps en la pelvis estrecha.

El *Dr. Rachinsky* se declara acorde con el Dr. Lichkus acerca de la inconveniencia de algunos métodos de aplicación del forceps; su intención era simplemente hacer constar cómo se aplica el forceps de Tarnier en las Clínicas de París. Por lo demás, el forceps axil no es más peligroso para la cabeza que el ordinario. Con respecto al indicador, hay muchos tocólogos de indudable experiencia que lo consideran útil; en manos inexpertas, todo forceps resulta peligroso, tenga indicador ó no. La fuerza de tracción se aplica en el forceps de Crousat exactamente como en el forceps de Tarnier. La existencia de la curva perineal hace este forceps completamente axil, y por esto, lejos de ser supérflua es hasta indispensable.

En cuanto á las lesiones del periné, no puede negarse que precisamente por los mangos del forceps se destruye á veces la integridad de la comisura posterior. La compresión de la cabeza en el forceps de Crousat, correspondiendo á la fuerza de tracción, no puede ser más nociva que en la compresión de los mangos con las manos, puesto que en el primer caso se mide con exactitud, lo cual es imposible por el sentido muscular. El deseo del doctor Lichkus de tener una estadística acabada, es muy justificado, pero por ahora hemos de contentarnos con la que tenemos y que permite solamente una apreciación relativa.

El profesor *Stroganof* dice que la experiencia clínica no confirma la superioridad del forceps axil sobre el ordinario. Las cifras citadas por el doctor Dmitrief demuestran que con el forceps axil la mortalidad de los niños es de 17'56 por 100, y con el forceps ordinario de 16'5. De este modo, las cifras hablan antes bien en contra que á favor del forceps axil. Su experiencia personal, le permite á Stroganof afirmar que con el forceps ordinario es posible, sin perjuicio para madre é hijo, extraer hasta fetos enormes de pelvis muy estrecha. Así, por ejemplo, hace solamente quince días extrajo un niño de 4000 gramos de una pelvis plana de 10'5 centímetros de diámetro diagonal. La cabeza estaba con su segmento mayor sobre la entrada de la pelvis con la fontanela pequeña ligeramente dirigida hacia atrás; con el forceps ordinario se logró fácilmente pasar la cabeza por la entrada, facilitar la vuelta de las espaldas hacia la sínfisis y extraer el niño sin asfixia y sin notar en

la cabeza señal alguna del forceps; tampoco hubo lesión del periné. Otro caso parecido hubo hace una semana y media, siendo el diámetro diagonal de 9'5 centímetros, y pesando el niño 4300 gramos; resultaron pequeñas contusiones en la cara, pero el niño era perfectamente vital. A la misma mujer se había extraído en su parto anterior un niño sano de 4000 gramos. Varias decenas de operaciones parecidas, autorizan á sostener que con el fórceps ordinario de Simpson, Busch ó Nägele, se puede con perfecto éxito extraer niños sanos de pelvis estrecha con la cabeza muy arriba. Las lesiones del conducto genital de la madre, así como las del feto, descritas por algunos autores, debían atribuirse á un exceso de fuerza empleada por el operador, y no hablan contra el forceps. En semejantes casos, conviene, después de 8 á 12 tracciones, pasar á otra operación para facilitar el parto si desde el principio hubo de pensarse en tal. Tampoco puede admitirse que sean convincentes los experimentos mencionados por Rachinsky, á favor de la superioridad del forceps axil. Ocupándose con médicos durante diez años en obstetricia operatoria en el maniquí, se hicieron unas 1000 aplicaciones de forceps y pudo verse bastantes veces que una insignificante desviación de la cabeza ó del tronco y, sobre todo, una dirección irregular de las tracciones, dificultaban mucho la extracción. Para que los experimentos mencionados resulten demostrativos, habría de eliminarse el influjo del tronco sobre la marcha de la operación, fijarse la cabeza con toda exactitud y, sobre todo, verificarse la tracción en una dirección perfectamente uniforme. Esto último es especialmente importante, por más que Rachinsky considere posible verificar la tracción por el eje de la pelvis con forceps curvo, aunque hace constar que las tracciones con unos y otros forceps fueron practicadas en el maniquí en la misma dirección. No habiendo indicador exacto de la dirección de las tracciones en los experimentos de Rachinsky, no puede hablarse de perfecta identidad de dirección de las tracciones. La afirmación que la tracción por el eje de la pelvis puede verificarse tan sólo con forceps axil, mientras que con el ordinario la tracción se verifica en un ángulo de 30° con el eje de la pelvis es infundada, aunque se alega como un axioma. En realidad, las tracciones con el forceps ordinario pueden efectuarse en las direcciones más diversas; es decir, las cucharas del forceps con el objeto cogido pueden tirarse por el operador hacia adelante, atrás, arriba, abajo, al lado y en todas las direcciones intermedias, y, por consiguiente, en la del eje de la pelvis; hace falta solamente la correspondiente aplicación de las manos y una dirección normal de las tracciones.

Otra ventaja esencial del forceps axil consistiría en la aplicación de la fuerza tractiva más cerca del objeto para extraer. Pero en realidad, en todos los forceps presentados, la mano del operador se aplica al instrumento dos y hasta tres veces más lejos de la cabeza del feto. Una tercera ventaja del forceps axil, según sus partidarios, sería una mayor movilidad de la cabeza en el mismo. Sin negar esta ventaja del forceps axil, hay que confesar que es muy insignificante; existe tan sólo durante la tracción, puesto que fuera de la misma, la cabeza, enteramente libre en el forceps ordinario, queda fuertemente comprimida en el axil, y para sus movimientos exige mayor fuerza, correspondientemente al peso del forceps mismo. Aun durante las tracciones, es tan insignificante la movilidad de la cabeza, que algunos

(Fehling), la niegan en absoluto. Una cuarta ventaja del forceps axil, sería la presencia en el de Tarnier de un índice para la dirección normal de las tracciones. Lo equivocado de este aserto resulta claro al considerar la marcha de la cabeza con el forceps aplicado á través de la pelvis. En efecto, habiendo aplicado el forceps á la cabeza, tanto si está sobre la entrada ó en la misma, tenemos cierta relación entre el mango de agarro y el de tracción. Descendiendo en la pelvis la cabeza, suele verificar una flexión por la cual los mangos del forceps se desvían hacia abajo, mientras que la tracción debe verificarse más hacia arriba. En una pelvis estrecha, la cabeza verifica una flexión mayor, mientras que la tracción debe hacerse en dirección casi horizontal. Es verdad, negando la posibilidad de movimientos normales de la cabeza en el forceps axil, he de reconocer que no hay contradicción tan marcada en la desviación de los mangos agarrantes con la dirección de una tracción normal; no obstante, no hay razón para admitir que la cabeza pasara por todas las secciones de la pelvis con la misma curva con que pasó á través de la entrada en la pelvis. Sólo en esta condición, los mangos podrían servir realmente de indicadores de la dirección normal de las tracciones.

A la última tesis, según la cual la tracción más cómoda coincidiría siempre con el eje de la pelvis, debe oponerse una negación absoluta. Como principio fundamental de la extracción con el forceps, debe considerarse la imitación de la naturaleza en cada caso dado, esto es, en lo posible, producir mediante el forceps aquel mecanismo del parto que sea propio del caso dado. Así, al conducir la cabeza con forceps á través de la entrada de una pelvis plana, conviene pasar primero la parte anterior y luego la posterior. Evidentemente, los mangos y la tracción misma se apartarán del eje de la pelvis. Si ésta se halla uniformemente estrechada, así como si es plana, conviene una flexión de la cabeza, y, por consiguiente, pasar primero su porción posterior.

En la inclinación de Leitzmann, cuando el parietal posterior ya ha bajado á la pelvis, conviene concentrar la tracción á la parte de la cabeza adyacente á la sínfisis, esto es, bajar los mangos del forceps un tanto delante de la tracción. Enteramente lo contrario sucede con la inclinación de Nägele. Todos estos movimientos se efectúan más fácil y más cómodamente con el forceps sencillo que con el axil. Así, pues, las ventajas del forceps axil son muy dudosas, y en cambio tiene inconvenientes indudables, siendo pesado, complicado y difícil de limpiar y de desinfectar, y finalmente caro. Su aplicación es más difícil, y cuando la cabeza está baja, menos cómoda que la del forceps ordinario. En la comunicación de Rachinsky es nuevo tan sólo los experimentos que ha hecho en el maniquí, y la continuación de los mismos sería muy de desear, pero en condiciones más exactas.

El *Dr. Rachinsky* replica diciendo que la experiencia clínica para la apreciación del valor relativo de tal ó cual forceps, no consiste solamente en la cifra de mortalidad de los niños; también entra en cuenta la imposibilidad ó posibilidad, la dificultad ó facilidad de la extracción, y también el grado de las lesiones inferidas á las vías genitales de la madre y á la cabeza del niño. El optimismo del profesor Stroganof, con respecto al forceps ordinario, fundado en su experiencia personal, parece demasiado subjetivo, pues contradice el hecho que tocólogos más objetivos y comprobadores han tra-

tado siempre de perfeccionar este forceps, de modo que actualmente existen más de trescientas modificaciones de este instrumento. Su proposición de verificar la tracción en los experimentos en el maniquí, tanto con el forceps ordinario como en el axil en la misma dirección, es desacertada; la tracción debe verificarse exactamente, como se efectúa en la persona viva, y así se hizo en el maniquí. La suspensión del cadáver, propuesta por Stroganof, es supérflua é incómoda, pues el tronco colocado de una manera correspondiente en el maniquí, y sostenido en caso de necesidad por un ayudante, no ejerce ningún influjo en la tracción de la cabeza.

La afirmación de que con el forceps curvo ordinario sería siempre posible conducir la cabeza alta inmediatamente por el eje de la pelvis sin declinarse hacia adelante, contradice los conceptos fundamentales de esta cuestión bastante discutida y resuelta en obstetricia. No existe ningún manual moderno ni monografía sobre esta cuestión, en que se dijera que en la tracción con el forceps curvo ordinario, la línea de tracción no se inclina hacia adelante, formando un ángulo con la normal de la pelvis. El mango del forceps puede colocarse en cualquier dirección, y sin embargo, la línea de tracción con el forceps curvo ordinario no coincidirá con el eje de la pelvis. La manipulación encarecida por Stroganof de deprimir en el mango del forceps en la extracción de la cabeza alta, es poco eficaz en los casos difíciles, inútil en los fáciles y en todos peligrosa para la pared posterior de las vías genitales, y por esto ya no se recomienda por los tocólogos modernos. No he afirmado que con el forceps ordinario la tracción se verifique precisamente bajo un ángulo de 30°; el tamaño del ángulo depende de varias condiciones, y por esto he citado una tabla para varios ángulos, desde 10 hasta 50°. Stroganof se figura incorrectamente el principio mecánico de la aplicación de la fuerza en el forceps de eje al objeto por extraer, suponiendo que es indispensable aplicar la mano directamente á dicho objeto.

La cuestión de la aplicación normal de la fuerza en el forceps de eje está resuelta indisputablemente desde el punto de vista de las leyes de la mecánica, y por esto no puede tratarse ya aquí. En cuanto á la movilidad de la cabeza en el forceps de eje, es indudable que en algunos casos las tracciones de eje no son necesarias; pero precisamente con el forceps de eje es posible verificar también tracciones en toda otra dirección, y cuando la cabeza está baja, nada impide tomar en las manos los mangos superiores del forceps de Tarnier y extraer la cabeza mediante los mismos. Los inconvenientes que se tachan en este forceps, la complicación, lo engorroso de la aplicación, la dificultad de la esterilización, son ciertos, pero no importan para el que aprecie las ventajas del forceps de eje; el alto precio no es una razón científica para rechazarlo, y el bulto de los mangos de presión en el forceps de Tarnier ha sido remediado en el de Crousat.

El *Dr. Friusky* dice que no ve la necesidad de insistir tanto con respecto al forceps de Tarnier, en la posibilidad de la tracción por el eje, considerándola como principal ventaja de dicho forceps. Los que más le recomiendan ven la superioridad del mismo, no tanto en la dirección de las tracciones, sino más bien en el punto de aplicación de la fuerza de tracción. El ideal de la aplicación de ésta sería alcanzado si pudiese aplicarse al eje que pasa por el centro geométrico de la cabeza; pero por fuerza hay que conten-

tarse con una aproximación, aplicando la fuerza al polo externo de las cucharas. En la práctica se ha empleado el forceps de Tarnier en el Instituto obstétrico de San Petersburgo en 20 casos, obteniéndose la impresión de que conviene continuar los ensayos. La fuerza que hay que emplear con dicho forceps es mucho menor que la que exigen otros; de modo que en un caso de aplicación inútil de empleo del forceps de Simpson, se obtuvo el resultado apetecido con el de Tarnier; pero hay que confesar que también hubo casos en que tuvo éste que sustituirse con aquél. En las pelvis estrechas no puede pedirse al forceps de Tarnier más eficacia que á los otros.

El *Dr. Rachinsky* opina que la tracción en el eje es posible tan solo en la correcta aplicación de la fuerza trayente al objeto para extraer; desde este punto de vista, la atracción axil y la aplicación correcta de la fuerza se confunden en un solo concepto indivisible. Por esto, al hablar del forceps de Tarnier, hay que insistir en la posibilidad de la tracción axil. La inexacta idea de Breus acerca de la relación del punto de aplicación con la tracción axil, condujo á que su forceps, sin tener las ventajas del axil, conserva los inconvenientes del forceps recto y del ordinario curvo.

El profesor *Fenomenof* hace constar que ya se conoce desde mucho tiempo la necesidad de guiarse en las tracciones por los datos particulares de cada caso, y que, por consiguiente, la tracción no debe siempre dirigirse según el eje de la pelvis. Este pensamiento ya fué expresado por el célebre Kilian, natural de Rusia. Es indudable que el forceps axil presenta muchos inconvenientes; á pesar de esto, el de Tarnier se está experimentando para averiguar las indicaciones en que puede resultar cómodo de aplicar.

(*Vrach*).—G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

Fortoína. — La fortoína es una nueva preparación farmacéutica que se ha obtenido con la cotoína y que el Dr. Guillermo Stein, de Pola, ha ensayado como antidiarréico en dos casos de cólico intestinal y en varios de catarro intestinal en que se verificaban diariamente de ocho á diez deposiciones. Después de haber administrado tres dosis diarias de 15 á 20 centígramos, cesaron al momento los vómitos y disminuyeron las deposiciones hasta tres ó cuatro por día, para suspenderse por completo al cuarto día.

Entre los casos que cita el autor, hubo uno en que el efecto de la fortoína fué verdaderamente brillante. Se trataba de un enfermo que en los cuatro primeros días tenía tres ó cuatro vómitos diarios y que hacía en el mismo tiempo de diez á catorce deposiciones. El calomel, el opio y el tanino apenas habían dado resultado, á pesar de haberse adoptado una dieta sumamente rigurosa. En estas circunstancias, dispuso el autor al quinto día cuatro dosis diarias de un decígramo de fortoína. En el mismo día cesaron los vómitos; en cambio las deposiciones, aunque también disminuyeron, eran en número de seis á ocho diarias. Al mismo tiempo se calmó la sed que hasta entonces atormentaba al paciente. El sexto día, con tres dosis diarias

de 2 decígramos, sólo hubo tres deposiciones ya más consistentes, aunque todavía líquidas ; al día siguiente no hubo más que una y mucho más espesa, y á los ocho días, suspendido ya el uso de la fortoína, habían cesado por completo y de un modo definitivo.

(*Med. chir. Centralbl.*). — R. DEL VALLE.

Los salicilatos de bismuto. — El Dr. Thabuis dice que las sales de salicilatos de bismuto son instables, y por consiguiente, muy inseguras en sus efectos. Realmente, no puede decirse que sean sales, sino más bien combinaciones moleculares de óxido de bismuto y de ácido salicílico; el agua azucarada, el alcohol, etc., las descomponen, descomposición que ha hecho que los fabricantes no hagan más que mezclas de subnitratos de bismuto y de ácido salicílico, que producen una descomposición inmediata del salicilato de bismuto en el organismo en presencia de los ácidos del estómago ó de los álcalis del páncreas y del intestino.

Los salicilatos de bismuto precipitan los fermentos albuminoideos. Además, sus propiedades antidiarréicas no parece que sean superiores á las de otras sales de bismuto, según afirma Vulpian. Estos cuerpos no obrarían más que por el ácido salicílico libre, así es que este ácido está contraindicado en multitud de casos, tales como embarazos, afecciones renales, en los viejos, etc. Esto sin contar con que la acumulación del ácido salicílico en el organismo puede causar *graves desórdenes*. Su acción puede dificultar la hematosis y producir la desasimilación, privando de ázoe al organismo.

El Dr. Thabuis termina su interesante estudio diciendo que estos medicamentos *deberían borrarse por completo de la terapéutica.*

(*Les Nouveaux Remèdes*). — F. TOLEDO.

Valor nutritivo de la margarina. — Según el Dr. Bentarelli, la margarina, por sus propiedadas físicas y químicas, es una grasa que difiere muy poco de la manteca. El organismo absorbe de 93 á 96 por 100 de la margarina ingerida y de un 94 á un 96 por 100 de la manteca. Usada la margarina á la vez que alimentos nitrogenados, retarda la absorción de estos últimos más que la manteca. Su inferioridad respecto á ésta proviene principalmente de que le falta el aroma natural que tiene esta última.

(*Rivista d'Igiene e Sanitá pubbl.*). — R. DEL VALLE.

Hidrorrea nasal verdadera. — El Dr. Haranchipy divide la rinorrea en sintomática y esencial. Esta última, llamada también verdadera, es de origen glandular. Depende de la excitación anormal de los filetes del trigémino. Es la manifestación local de la diátesis neuro-artrítica, de la que constituye una especie de metastasis. El único tratamiento eficaz de la rinorrea verdadera consiste en disminuir la excitabilidad de los filetes del trigémino, en excitar los centros voso-constrictores y en combatir la diátesis neuro-artrítica, causa primera de la afección. Se han empleado con éxito la atropina y la estricnina. — (*Tésis de París*). — F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

TRATAMIENTO HIDROLÓGICO DE LAS DISPEPSIAS HIPERCLORHÍDRICAS

POR EL DOCTOR

D. NICOLÁS RODRÍGUEZ ABAYTÚA

De la Real Academia de Medicina de Madrid

Al revisar las innumerables Memorias dedicadas al estudio de las aguas minero-medicinales, desde luego sorprende que no hay ninguna de las comprendidas en los diversos grupos taxonómicos que no revindique para sí adecuada indicación para enfermos calificados de dispépsicos. Naturalmente se comprende que semejante universalización pugna con el principio de especialización terapéutica, lleva la confusión al ánimo del clínico, le arrastra hacia el escepticismo, y entorpece enormemente la designación del manantial más apropiado, cuando, en el terreno de la práctica, surge la necesidad de precisar el agua más conveniente á un gastropático dado.

Para el esclarecimiento de tan importante asunto resultan inaprovechables las sumarias nociones compiladas en los más recientes Tratados de patología gástrica; casi todas se concretan á la escueta enumeración de los establecimientos hidrominerales que gozan de tradicional nombradía en el tratamiento de las dispepsias. Esta manera de soslayar las escabrosidades de la cuestión, será recurso de expeditiva comodidad para el autor, pero no reporta utilidad ninguna al médico que busca un guía que le oriente en la posesión del conocimiento del agua minero-medicinal que ofrezca mayor adaptación á las indicaciones presentadas por el enfermo á quien presta sus cuidados.

Sin duda, con objeto de esquivar la dificultosa solvencia de las perplejidades precedentemente mencionadas, se ha arraigado de abolengo la práctica rutinaria de someter á un tratamiento hidroló-

gico idéntico—aguas bicarbonatadas sódicas—á las dispepsias más desemejantes, sin inquietarse por averiguar si las perturbaciones estomacales proceden de la excitación, de la insuficiencia ó de la desviación fermentativa de las funciones de la víscera, y sin tampoco parar mientes en las condiciones orgánico-generales sobre que evoluciona el trastorno gástrico. El solo enunciado de estas distintas condiciones permite concebir lo extenso del asunto, y, para poder encerrarlo dentro de los estrechos límites demarcados por la ocasión y el espacio, circunscribiré estos apuntes á la terapéutica hidrológica del grupo de las dispepsias hiperclorhídricas.

I

En el estado fisiológico, la secreción del jugo gástrico coincide con la ingestión alimenticia, teniendo sólo lugar durante la digestión y siendo proporcionada á las necesidades de la fase digestiva. La cantidad de ácido clorhídrico segregado se combina rápidamente con los alimentos albuminoides, no existiendo en estado libre más que el corto espacio de tiempo que corresponde al acmé del acto funcional. Poco después la secreción disminuye y termina por cesar completamente. La persistencia en la secreción que da un superavit inutilizable y el exceso en el ácido segregado que deja un remanente en libertad, constituyen las anomalías generatrices de la gastropatía designada con el nombre de *hiperclorhidria protopática*, la cual afecta tres formas diferentes, ó, mejor dicho, tres etapas sucesivas que completan la evolución progresiva de la enfermedad. En una primer fase la sobreactividad en la elaboración del jugo gástrico no traspasa la duración de la digestión — *hiperclorhidria simple*—; en un segundo período la superabundancia secretoria pierde también esta condicionalidad fisiológica de producirse únicamente á estimulación de los ingesta, pero manifestándose solo por accesiones más ó menos durables y frecuentes—*gastrosucorrea paroxística*—; para, por final, en una tercer época, por acortamiento, cada vez más pronunciado, de las treguas separatorias entre estas crisis accesionales, quedar definitivamente instituída en ininterrumpida permanencia por inextinguible continuidad del flujo glandular—*gastrosucorrea permanente*—.

Las investigaciones proseguidas en el curso de estos últimos años en el dominio de la gastropatología, han conducido á la concepción de teorías diversas para la interpretación patogénica de la gastrosu-

correa hiperclorhídrica.—Schreiber (1) la considera dimanada de un retardo en la evacuación estomácal, y por consiguiente como un derivado natural de una excitación alimenticia morbosamente prolongada, revistiendo el carácter de una complicación necesaria del éxtasis gástrico.—Hayem (2) defiende que responde á una modificación definitiva en la extructura de la mucosa, y es la secuela obligada de una gastritis parenquimatosa hiperpéptica, que origina la multiplicación é hipertrofia de las células glandulares, especialmente de las células superficiales ó adelomorfas, elaboradoras del ácido mineral del jugo gástrico.—Sansoni, (3) en fin, no concede á la acidez exagerada y al aumento de la secreción mayor valor del de un factor secundario del síndrome clínico revelador de la gastropatía, y atribuye la influencia capital á una hiperestesia particular de la mucosa, en virtud de la cual ésta reacciona vivamente al contacto de una solución clorhídrica, aun cuando su disolución no sobrepuje á la normal, pudiendo ocurrir la extraña paradoja de observarse «hiperclorhídricos sin hiperclorhídria», en el sentido de que haya ausencia de proporcionalidad entre los síntomas clínicos y la gradación de la acidez clorhídrica.

Todas estas teorías en compendio esbozadas, son desmesuradamente exclusivistas y no encierran más que un fragmento de la verdadera patogenesis. En el realismo de la clínica no cabe la posibilidad de concebir que un trastorno estomacal nacido por un incremento en la cantidad y calidad del jugo gástrico á instancias de un entorpecimiento en la evacuación ventricular, de una alteración morfológica glandular ó de una exaltada sensibilidad de la mucosa, subsista circunscripto al elemento contractil, secretorio ó sensitivo. Semejante disgregación entre fenómenos íntimamente conexionados por la naturaleza, es meramente convencional, y la gastropatía solo puede en-

(1) Schreiber. *Die spontane Saftabscheidung des Magens im Nüchternen.* (Arch. f. expér. Pathol. u. Pharmakol., t. xxiv, gágs. 365-78, 1889).—*Ueber den continuirlichen Magensaftflus.* (Deutsche med. Wochens., núms. del 20 y 27, Julio, 1893).—Igual epígrafe, eodem loco, núms. del 8, 17 y 24 Mayo 1894. —*Der nüchterne und der leere Magen in ihrer Bezeithung zur continuirlichen Saftsecretion; eine kritische Betrachtung.* (Deutsche Arch. f. klin. Med., t. liii, núms. 1-2, 1894).

(2) Hayem. *Sténose incomplète du pyrole, prétendue maladie de Reichmann.* (Presse méd. n.° del 31 Marzo, 1897).—*Des sténoses incomplètes pyloriques et sous-pyloriques.* (Acad. de méd., sesión del 18 Mayo, 1897).

(3) Sansoni. *Sulla patogenese dell' ipercloridria primitiva.* (Riforma medica, núms. 123-124, Mayo, 1897).—*Trattato sulle malattie dello stomaco.* Torino, 1897. —*Hyperchlorhydrie simple primitive (hyperesthesie chlorhydrique digestive) et hypersécrétion gastrique continue.* (Presse méd., núm. 81, Septiembre, 1900).

gendrarse por la perturbación recíprocamente entrelazada del conjunto de los diversos actos funcionales que integran la digestión. La generación de la dispepsia hiperclorhídrica obedece al descarrío en la regularización del funcionalismo vaso-motor, secretor, motriz y sensible de la víscera. La atenta observación en la práctica particular, que posee sobre la hospitalaria la ventaja de permitir ser testigo de los comienzos de las enfermedades crónicas, demuestra con claridad meridiana que la evolución morbosa va escalonadamente ascendiendo de la simple hiperclorhídria á la hipersecreción, y de la hipersecreción á las alteraciones anatómicas mejor definidas del estómago—gastritis, úlcera, cáncer desarrollado en la cicatriz de ésta—.

Bajo una influencia nerviosa de procedencia central—emociones morales, preocupaciones de espíritu, trabajos intelectuales fatigosamente sostenidos—ó periférica—excesos de la mesa, alimentación de mala calidad, masticación rápida é imperfecta—, y á cuyo mecanismo íntimo encubre hasta ahora impenetrable secreto, el estómago sufre una excitación exagerada, á la que responde por una sobreactividad en la elaboración del jugo gástrico, el cual queda neutralizadò durante los primeros momentos de la digestión por combinación con los alimentos albuminoideos, y, una vez estos saturados, el abundoso remanente libre impresiona los filetes nerviosos sensitivos que protestan con dolor, y, exagerando la tonicidad muscular, determina la contractura del píloro, que, aparte de contribuir en no escasa cuantía á la exasperación de las torturas que martirizan al paciente, retiene la masa alimenticia mucho mayor tiempo del materialmente preciso para la peptonización. Este estancamiento de la pulpa quimosa, cuya composición se desvía cada vez más de la normal por la intercurrencia de las fermentaciones viciosas con predilección de tipo acético, representa nueva concausa, que, acrecentando y arraigando el eretismo de la víscera, estimula todavía más su aparato secretor, su armazón muscular, y su revestidura mucosa, dando con ello lugar al posterior desarrollo de la ectasia estomacal, de la gatritis, y de las descamaciones epiteliales, erosiones de la mucosa ú obturaciones vasculares por infiltracion embrionaria, que se ofrecen como puntos vulnerables al poder auto-digestivo del jugo gástrico, y, por lo tanto, en alto grado favorecedores para la aparición de la úlcera péptica, con cuyo desenvolvimiento surge la ocasión propicia á la posibilidad de las consecutivas complicaciones de la estenosis pilórica por retracción cicatricial, de la degeneración cancerosa del tejido nodular reparador de dicho proceso necrobió-

tico, de las sínfisis con los órganos colindantes por bridas adhesivas, producto de perigastritis plásticas, ó, en fin, de los trayectos fistulosos y abscesos intra ó parieto-abdominales. Además, el vaciamiento retardado y defectuoso en el duodeno de un quimo fuertemente acidificado y de no integral constitución fisiológica, impone al hígado un fatigoso trabajo de compensación alcalinizadora que cumple mediante su congestión é hipertrofia, hasta que, extenuado por lo forzado de su funcionamiento, cae en estado de insuficiencia, con lo cual la digestión intestinal perversiona la sucesión de su elaboración, exteriorizándose por la pertinacia del estreñimiento, la coprostasia perceptible á la palpación al nivel del ciego y de la S ilíaca, y la expulsión de materias glerosas membraniformes, delatadoras de la existencia de las lesiones anatomo-intestinales que individualizan á la entero-colitis muco-membranosa.

El derivado último de la preparación digestiva imperfecta con que los hiperclorhídricos realizan su alimentación, motiva profundas alteraciones en el estado general, cuya característica dominante consiste en la decadencia nutritiva, la cual, aun en los casos en que el estómago evacua su contenido en el intestino sin mermas de porciones vomitadas, no solo es originada por la incompleta evolución del proceso amilolítico que convierte en asimilables las substancias feculentas, sino que también depende de que una cantidad de los albúminoideos ingeridos escapa igualmente á la asimilación, según demuestran de modo tangible los recientes experimentos de A. Robin (1), mediante los que ha dado á conocer que, en un gastrosucorreico continuó con espasmo pilórico intermitente, una alimentación que contenía 23^{gr}·680 de ázoe y 23^{gr}·578 de materias inorgánicas, perdía por las heces del primero 12,61 por 100, y de las segundas 31,32 por 100; mientras que en un sujeto sano, alimentado de un modo casi idéntico—20^{gr}·55 y 21^{gr}·5 respectivamente—, no obtuvo Rübner (2) en sus análisis desfalco superior á 6,1 por 100 de ázoe y 17,8 por 100 de compuestos minerales. Semejante desproporcionalidad entre el trabajo efectivo ejecutado por el estómago y la resultante aprovechable del mismo, expresa la deficiente utilización de los alimentos ingeridos; fenómeno que conduce al autofagismo. El individuo se encuentra precisado para subvenir á las incesantes necesidades de la reconsti-

(1) A. Robin. *Maladies de la nutrition. Les maladies de l'estomac, diagnostic et traitement.* 1.er fascicule, págs. 220-28. Paris, 1900.

(2) Rubner. *Ueber die Ausnützung einiger Narhungsmittel im Darmkanal des Menchen.* (Zeitschrift f. Biologie, t. xv, pág. 115, 1879).

tución de la materia y el suministro de la energía que ésta gasta para sus manifestaciones vitales, de consumir su propia substancia, y, por lo tanto, substraer de los plasmas y de los tejidos los elementos de aquellos cumplidores; modificación sintetizada por el perpétuo estado de resta azoada y de desmineralización órganica que revelan los análisis de los excrementos y de las orinas; excretas ambos que siempre eliminan mayores cantidades de ázoe y de sales minerales que las correspondientes á las ingeridas. El defectuoso aprovechamiento, por parte de los intestinos, de los productos viciosamente elaborados por la digestión estomacal, restringe la renovación de los medios sanguíneo y linfático, cuya constitución sufre anomalías, y los tejidos que toman de los mencionados medios las condiciones de su nutrición y de su actividad funcional, viven y reaccionan de manera diferente á la del estado hígido. De entre todos los tejidos, aquéllos cuyas células poseen más marcada especialidad, y que por esta misma especialización funcional tienen una aptitud nutritiva sumamente limitada, reclaman, más que ningún otro, una perfecta adaptación de sus medios nutritivos para el ejercicio regular de sus manifestaciones vitales. Encontrándose en este caso el sistema nervioso, acusa el desarreglo de su nutrividad por la variada serie de síntomas neuropáticos concomitantes de la dispepsia. Además, los productos engendrados por la viciación de la digestión, actuando por contacto sobre la mucosa gastro-intestinal, ponen en juego actos reflejos é inhibitorios, cuya naturaleza, sentido é intensidad, deben diferir de los actos homólogos suscitados por el proceso digestivo normal; de donde la ocurrencia de otros síntomas nerviosos complicatorios de los precedentes. En fin, algunos de los antedichos productos patológicos poseen propiedades tóxicas capaces de impresionar el organismo durante el curso de su recorrido circulatorio y de interesar funestamente, á la hora de su eliminación, los emunctorios, después de haber contribuído por su avidez para con las bases del órganismo á la adulteración de la sangre.

Esta filogenitura que entrelaza en eslabonada subordinación la multiplicidad de los factores sintomáticos que completan las distintas etapas del curso sucesivamente intensivo de la hiperestesia gástrica, mediante el cual pasa de la dispepsia hiperclorhídrica simple á las alteraciones anatómicas de mayor gravedad, suministra la demostración plena de que las modificaciones de textura del ventrículo abdominal no afectan otro carácter que el de un resíduo sobrevenido como consecuencia más ó menos remota de la progresión aumenta-

tiva en el desorden funcional del conjunto de los actos biológicos que integran la digestión. Si es cierto que la función hace al órgano, tampoco es de menor evidencia que el disturbio de la función hace la lesión del órgano, y, así, el estado de eretismo adquirido por el estómago, prosiguiendo por su propia cuenta la obra determinada por la causa originaria, para entonces generalmente desaparecida, prepara por espacio de prolongada fase la intercurrencia de las modificaciones materiales en el substracto anatómico. Tal realidad clínica encarna el que la gastropatía antes de convertirse en lesional ofrece en los períodos iniciales de su evolución la cualidad puramente funcional, que hay que exigir, por imperioso decreto de la verdad, que el lugar preeminente que las enfermedades del estómago denominadas orgánicas ocupan en los libros consagrados al estudio patológico de la mentada víscera, se relegue á segundo puesto, ó cuando menos se eleve á paralelo nivel la importancia de los desarreglos digestivos que esteriorizan á la dispepsia; individualidad nosológica incubadora é impresora de la fidedigna significación de las alteraciones extructurales. Por otra parte, dichos desarreglos demandan también ser reconocidos lo más prematuramente posible, porque representan la base fundamental para instituir con la apetecida oportunidad la más eficaz de las medicaciones: la medicación patogénica. No se olvide nunca que allí donde acrece el interés del anatomo-patológo, la intervención del médico está muy próxima á resultar de desconsoladora esterilidad.

II

Todos los distintos métodos adoptados para el tratamiento de las enfermedades tienen por idea inspiradora y directriz el discernimiento sobre el engranaje de los actos morbosos sucesivos, y la influencia desplegada por la serie de causas secundarias que resultan de los desórdenes y de las lesiones ya realizadas. La exclusiva excepción á esta regla general la forma el método empírico, que constituye la ignorancia ó el desden de toda noción científica, puesto que se contenta con solo conocer: de la enfermedad, el nombre, del enfermo, los síntomas, y del medicamento, el que la tradición viene mostrándolo como provechoso para casos análogos al que se pretende tratar. «Si el terapéuta moderno, dice Bouchard (1), desea hacer el

(1) Bouchard. *Introduction* á la trad. franc. del Nothnagel et Rossbach. *Nouveaux éléments de materie médicale et de thérapeutique.* Trad. por Alquier, pág. xiv, Paris, 1880.

mayor bien posible y el menor mal posible, es menester, ante todo, que cultive su educación patológica, á fin de que su doctrina no esté en opósición con los hechos adquiridos; igualmente hay necesidad de que se adiestre en las dificultades de la observación clínica, á fin de no permanecer sordo á las indicaciones que el examen del enfermo puede proporcionarle». De aquí que se imponga el método patogénico siempre que se ofrezca ocasión de instituirlo científicamente; es decir, cuando se posee conocimiento verídico de la etiología, del sitio, modo y naturaleza del conflicto entre el agente causal y el organismo, del proceso reaccional con que el segundo se defiende de la agresión del primero, y de los trastornos deuteropáticos de esta lucha derivados. Todo lo expuesto en el capítulo anterior testimonia de modo fehaciente de que, en el actual momento, por lo que concierna al grupo nosológico de la dispepsia hiperclorhídrica, se cuenta con instrucción suficiente acerca del conjunto y de cada uno de los detalles mencionados, gracias á los progresos incesantes que en la medicina atesora, la fisiología, la química biológica, la exploración clínica, la anatomía patológica, la patología experimental y la farmacodinámica. Existiendo, pues, la necesaria dotación de conocimientos para cumplir con lo exigido por el método á que en terapéutica corresponde la supremacía, y por tanto, en el que debe recaer la elección ¿hay posibilidad de persistir en la rutina empírica de someter al tratamiento hidrológico único por las aguas bicarbonatadas sódicas los gastropáticos que forman la legión—la mitad ó más de los dispépsicos—á que este estudio se refiere? Seguramente no. Tan rotunda negativa, dictada por la augusta severidad de la ciencia que no patrocina otros intereses que los que puede usufructuar el desdichado que sufre quebrantos de salud, requiere una razonada información, que es la que seguidamente paso á realizar.

Para disipar las incertidumbres que hasta ahora envolvían el tratamiento hidromineral de la dispepsia hiperclorhídrica en sus progresivas variedades de evolución, se precisa concretar la indicación terapéutica emanada de la patogenesis, é investigar el mecanismo medicamentoso con que las diferentes aguas pueden influir el quimismo y la motilidad estomacales, y el estado general de la nutrición del gastropático. Estatuídas ambas premisas solo resta adaptar la una á la otra, ó, lo que significa igual, relacionar la acción del agente terapéutico con la indicación de la enfermedad.

La indicación suprema que domina y recopila todas las demás consiste en acallar la excitación funcional del estómago que, cons-

tituyendo el acto patogénico primordial del mal, representa el eje de la sintomatología y el foco de que irradian todos los accidentes secundarios. El primer efecto nacido del desequilibrio en la regularización con que el sistema nervioso gobierna la funcionalidad del reservorio alimenticio, se expresa por la hiperclorhídria, y aunque el combatir á ésta es en rigor de verdad satisfacer una indicación sintomática, sin embargo, con ella casi se entra en el territorio de la medicación patógenica, por cuanto que el exceso de acidez clorhídrica tiene la índole de un elemento morboso fundamental de la gastropatía, que por propia acción química irritativa sobre los numerosos plexos nerviosos de la mucosa, sostiene y exacerba la excitación dinámica preexistente, provocando así directamente las crisis dolorosas, y el espasmo del píloro, el cual á su vez da lugar á la retención del contenido cavitario con todo su subsiguiente cortejo de accidentes. Alcalinizar, pues, el segregado gástrico representa el cumplimiento de una perentoria necesidad terapéutica, cuya importancia queda claramente comprendida con el gráfico símil con que A. Robin (l. c. pág. 251) la sintetiza: «cuando se ha declarado un incendio, se procura extinguirlo antes de ocuparse de las causas del siniestro».

Chomel (1) fué el primer clínico que mencionó la utilidad que podría reportar el agua y las sales de Vichy en el tratamiento de la dispepsia ácida. Confirmada en nuestros días la evidente existencia de la dispepsia hiperclorhídrica, los prácticos prescribieron, por lógica deducción, los alcalinos, y en especial el bicarbonato de sosa, para neutralizar la subida acidificación del contenido estomacal, alcanzando á adquirir el procedimiento una aceptación tan universalizada, que puede afirmarse que dicha sal es seguramente el medicamento con más frecuencia y mayor prodigalidad administrado en el tratamiento de las enfermedades del estómago. Pero, como sucede siempre, á medida que el perfeccionamiento en la técnica exploratoria y la multiplicidad de las experimentaciones han ahondado el estudio del asunto, la acción fisiológica del bicarbonato sódico no es actualmente interpretada con unanimidad de criterio, y las conclusiones contradictorias de los investigadores, infunden receloso retraimiento á quien pretende emitir un juicio concordante con la exacta realidad de los hechos.

Linoissier y Lemoine (2) que tuvieron la afortunada ocasión de ex-

(1) Chomel. *Des dyspepsies*. Paris, 1857.

(2) Linoissier et Lemoine. *Action du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique*. (Bull. gén. de thérap., t. cxxvii, 11.e livraison, 1894).

perimentar en un joven soldado afectado de mericismo, circunstancia que les permitió, de manera natural sin la intervención del cateterismo, practicar en serie sucesiva análisis de porciones de quimo estomacal correspondientes á distintas fases del curso de cada digestión, demostraron que el bicarbonato sódico desarrolla un efecto inmediato, ó sea el provocado por una dosis única durante las horas del trabajo digestivo, y un efecto lejano, ó sea el que persiste después de la cesación de un tratamiento más ó menos largo.

El efecto inmediato consta de una acción química y de una acción fisiológica. La acción química se produce repentinamente, sin ninguna participación de la mucosa, como si se verificase *in vitro*, y da por resultado la alcalinización total ó parcial del contenido gástrico durante un espacio de tiempo tanto más dilatado, cuanto más considerable haya sido la cantidad de sal ingerida. La acción fisiológica es esencialmente la reacción de las células glandulares ante el medicamento, y «consiste *siempre* en una excitación de estas células que ocasiona una secreción exagerada de ácido clorhídrico» (Linoissier) (1). La primera de ambas acciones oculta á la segunda, pues el ácido segregado es saturado conforme y á medida de su producción. Alcanzada la saturación, comienza un nuevo período en el que la acidez clorhídrica del quimo va paulatinamente reconquistándose hasta sobrepasar más ó menos la proporción preexistente, salvo el caso en que la dosis empleada hubiera sido muy crecida, porque, entonces, agotada la energía de la mucosa en luchar contra la alcalinidad, el contenido gástrico es expelido al duodeno antes de que pueda recuperar su estado libre el ácido clorhídrico elaborado.

Para apreciar estos distintos fenómenos sobrevenidos dentro del estómago acto continuo á la administración del bicarbonato de sosa, se requiere el proceder á análisis múltiples en el curso de una misma digestión. Limitándose, por el contrario, á una exploración única, el mismo experimento puede arrojar datos contradictorios, debidos exclusivamente á la diferencia de condiciones del momento de la evolución digestiva, y de aquí el origen de la discrepancia en las conclusiones de los investigadores.

(1) Linoissier. *Action du bicarbonate de soude sur la sécretion gastrique. A propos du mémoire de Reichmann.* (Bull. gén. de thérap., t. cxxx, 4.e livraison, 1896).

(*Continuará*).

REVISTA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Oto-Rino-Laringólogo Madrid.

Sumario: I. Supuración en una ¿célula mastoidea aberrante?—II. Embolia gaseosa en la herida operatoria del seno lateral.—III. Para servir á la historia de la cirugía del seno maxilar.—IV. Sobre las relaciones entre el seno esfenoidal y las células etmoidales con el antro maxilar.—V. Tratamiento electrolítico de la faringitis lateral hipertrófica.—VI. Algo sobre el cáncer laríngeo.

I. En la *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, núm. 4, del presente año, encontramos una historia clínica, que por su singularidad, merece reproducirse, aunque sea brevemente, tanto para llamar la atención sobre el hecho anatomo-patológico en sí, como para recomendar al otólogo la mayor cautela y pulcritud al realizar una intervención mastoidea, que sólo debemos dar por terminada cuando minuciosamente hemos explorado el campo operatorio y adquirido la certidumbre de haber extirpado todo foco séptico.

Consulta al Dr. Moure (de Burdeos) un sujeto adulto, con todas las manifestaciones de una mastoiditis aguda, por la que se practica la trepanación clásica, limpiando completamente todas las células mastoideas y el antro, que aparecen con pus y fungosidades. Las consecuencias operatorias inmediatas son las ordinarias, cuando, pasadas algunas semanas, aparecen fenómenos de una meningitis supurada difusa, á la que en breve sucumbe el enfermo, sin intentarse operación alguna endo-craneal; pues sabido es que toda lesión meníngea difusa, cae fuera de la influencia curativa quirúrgica.

Ahora bien; ¿por qué esta meningitis? Sin entrar á dilucidar la patogenia de las complicaciones intracraneales de origen otítico; bien nos parece recordar que las vías ordinarias para la propagación de un proceso séptico, ó están representadas por las trayectorias naturales (acueducto de Falopio, ventana redonda y oval), que pueden servir de paso al oído interno, acueducto del vestíbulo y conducto auditivo interno, ó por dehiscencias en el sitio correspondiente á la fetal sutura petro-escamosa, ó bien por las dehiscencias posibles en la pared inferior de la caja y en la anterior ó carotídea, ó por dehiscencias que, según señala Testut, pueden existir en las cavida-

des mastoideas, que darían, por consecuencia, el inmediato contacto entre la mucosa y la pared del seno lateral; ó bien se realiza la transmisión de proceso por usura ósea, fruto de la osteítis, que paso á paso conduce á un punto cualquiera endocraneal; ó bien es la vía sanguínea ó la linfática la que los gérmenes siguen para realizar tan graves complicaciones.

Para el caso del Dr. Moure, cualquiera de las interpretaciones expuestas sería difícil de sostener, careciendo de un análisis histológico, pues que los datos necrópsicos que nos transmite son tan sólo macroscópicos.

Extraído el temporal, un corte de sierra, que corre á lo largo del borde posterior petroso, descubre una cavidad purulenta en el espesor de la porción mastoidea, muy cerca de su límite posterior, y que asienta precisamente por encima de un plano horizontal, que pasara por el polo superior del orificio del conducto auditivo externo y á un centímetro por detrás de un plano vertical, que pasara por el vértice mastoideo, encontrándose, por lo tanto, fuera del foco del vaciamiento operatorio practicado, *con el que no tiene comunicación alguna*, y del que se encuentra separado por un tejido óseo compacto y sano, de medio centímetro de espesor. En cambio, por dentro, es la pared misma del seno lateral la que forma límite á la cavidad purulenta sin interposición de substancia ósea

A esta cavidad la llama el Dr. Moure *célula mastoidea aberrante*, denominación que sin duda es viciosa, pues presupone la comunicación con los demás espacios pneumáticos de la mastoides, cosa que en la exposición anatómica niega, por lo que la llama aberrante.

En vista de tal contradicción, si no podemos quitar valor al hecho clínico en sí, no podemos admitir interpretación alguna que no estuviera basada en un análisis histológico de rigor.

Que las células mastoideas pueden extenderse muy lejos de la apófisis mastoides, nos parece un hecho indudable, pudiendo alcanzar al occipital, ascender considerablemente la porción escamosa del temporal, invadir la pirámide petrosa y socavar la base del zigoma, de cuya circunstancia hemos observado un caso personal en un individuo que trepanamos por mastoiditis aguda, teniendo que llevar nuestra intervención á la apófisis mencionada, donde existían pus y fungosidades.

¿Podemos considerar la cavidad llamada aberrante por Moure cual una verdadera célula pneumática? Dada su falta de comunicación con los restantes espacios mastoideos, consideramos no la con-

viene tal denominación, y si consideramos que por su parte interna sólo está limitada por el seno lateral, pensamos que la convendría mejor el dictado de osteitis perisinusal.

II. Cuando existe infección piohémica de origen otítico, es lo racional, después de descubrir y desinfectar el foco atico-mastoideo, investigar el seno lateral para extraer el trombus séptico que pudiera existir como causante de la infección. Tal intervención sólo puede alcanzarse mediante la incisión del seno sigmoideo, que si bien está falta de peligro, cuando se trata de un trombus obturante, puede en determinados casos ser la puerta abierta para la entrada del aire, que al llegar al corazón derecho y arteria pulmonar, origina una embolia gaseosa con su grave consecuencia inmediata. Es verdad que accidente de tal gravedad sólo en circunstancias muy especiales puede ocurrir, lo que explicaría el que Leutert, en la reunión de otólogos alemanes tenida en Hamburgo, afirme que nunca haya sido observado.

Pero á pesar de esta afirmación de Leutert, no podemos negar autenticidad á la primera observación de Kuhn, publicada en el *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, tomo XXX, en la que la muerte se siguió inmediatamente.

Tampoco puede negarse al caso de Meier, publicado en los *Archiv. für Ohrenheilkunde*, tomo IXL, las circunstancias de la veracidad clínica. Tratábase en esta ocasión de una mastoiditis supurada con elevadas temperaturas de 40°,5, que exigió la intervención operatoria, en cuyo caso se descubrió un foco supurado perisinusal en la fosa cerebelosa, siendo herida accidentalmente la pared del seno, produciéndose una hemorragia abundante, que fué cohibida por el taponamiento sin posterior trastorno, si se exceptúa cierta sensación de pinchazo y el abundante estado granuloso de la dura madre. Pasada una quincena, apercibiéndose Meier de la existencia de una esquirla entre las fungosidades, la extrae con una pinza, oyéndose inmediatamente un ruído de aspiración y cayendo el enfermo con la cara azulada, respiración estertorosa, pulso insensible y cierto gorgoteo á la auscultación cardíaca, signos todos indudables de entrada del aire en el aparato circulatorio.

Schwartze, Jansen y Körner, ya tenían observado que en ciertas inspiraciones profundas se deprimen las paredes del seno lateral, ocurriendo esto más particularmente, según Körner, cuando el calibre venoso aparecía libre del lado del corazón, estando obturado á la periferia.

Una observación brevemente apuntada en el reciente trabajo de Piffl, sobre el escoplamiento de la apófisis mastoidea, elaborado con material abundante de la Clínica de Zaufal, no deja lugar á duda sobre la posibilidad de la embolia gaseosa en las operaciones sobre el seno lateral. Trátase de un sujeto de cincuenta y cuatro años, operado por mastoiditis con liberación de un centímetro cuadrado del seno lateral. En el curso de la operación, obsérvase repentinamente el colapso de la pared sinusal, que llega á ponerse en contacto con la pared opuesta, volviendo inmediatamente á recobrar el seno su calibre normal. Observado con cuidado el enfermo, que ni está muy narcotizado ni es cardíaco, nótase la reproducción del fenómenó en el momento de realizarse un enérgico movimiento de deglución. Sea la que fuere la razón de esta repentina presión negativa en el sistema venoso yugular, al producirse la deglución es indudable que de estar abierto el seno lateral, la embolia gaseosa hubiera podido engendrarse.

El mal no ha quedado sin remedio; tanto Witling como Meier, lo han encontrado en el previo vaciamiento del seno lateral. Descubierto el seno lo comprimimos, dejándole exangüe, y, despegando del hueso sus paredes, introducimos gasa aséptica en los extremos central y periférico, con lo que conseguimos un taponamiento previo por presión extravascular, pudiendo ya libremente incindir el vaso, explorarlo y librarle de los productos patológicos contenidos, sin temer la embolia gaseosa.

III. A pesar de las pretensiones de modernismo que rodean todo lo que se relaciona con la cirugía del antro maxilar, afirma el Dr. Baratoux, que ha publicado un estudio histórico sobre la materia, que después de haber Highmore distinguido la sinusitis purulenta de la mucosa, Bordenave se ocupa de la sintomatología.

En 1765, Jourdain se ocupa de los lavados por el orificio natural y describe el instrumental y operatoria.

La operación por la vía alveolar, atribuída á Cowper, fué descrita por Henri Meibonius en 1718.

La trepanación por la fosa canina, que lleva el nombre de Desault, había sido ya practicada por Lamorier, Bordenave y Runge.

El procedimiento conocido con el nombre de Luc, de abertura de la fosa canina y contrabertura por el canal inferior, fué, en verdad, ideado por Caldwell en 1893.

IV. Ni en las obras de Zuckerkandl y Hajek ni en el estudio de Hartmann, del que ya nos hemos ocupado en una de nuestras ante-

riores *Revistas* y que es lo más acabado que se ha hecho sobre la anatomía fronto-etmoidal, no encontramos nada que nos indique la estrecha conexión que puede existir entre los senos maxilar y esfenoidal y la comunicación que puede verificarse entre el antro maxilar y las células etmoidales anteriores.

El profesor Onodi (de Budapest) ha presentado á la Sociedad Húngara de Laringología el resumen de sus trabajos sobre la materia, basándose en el examen de 20 cráneos seccionados al efecto. Según sus investigaciones anatómicas, los senos esfenoidal y maxilar pueden aproximarse de modo que tan sólo estén separados por una delgada lámina ósea, realizándose tal anomalía en virtud de la existencia de prolongaciones extraordinarias de ambas cavidades, á las que respectivamente denomina *recesus maxilar* y *recesus esfenoidal.*

El Dr. Onodi ha observado un caso igual al descrito por Zuckerkandl, en el que las células etmoidales posteriores comunicaban con el seno maxilar, y trata de otro en el que no están separados sino por una delgada lámina.

Igualmente, el autor hace mérito de la comunicación posible entre las células etmoidales anteriores y el seno maxilar.

Buscando la importancia clínica de tales datos anatómicos, supone Onodi que el seno maxilar puede ser infectado consecutiva y directamente por la supuración del seno frontal y células etmoidales y por la del seno esfenoidal.

V. Conocido es de todos que en la estructura de las paredes faríngeas juega un considerable papel el aparato glandular que se encuentra disperso, sin orden ni concierto, pero que detrás de los pilares posteriores muestra tendencia á la agrupación, ordenándose en serie vertical, constituyendo dos franjas laterales que ascienden hasta el orificio tubárico. Pues bien, cuando esta franja adenoide experimenta hipertrofia, queda constituída la farangitis lateral hipertrófica, para cuyo tratamiento sólo resulta eficaz su destrucción, siendo adoptado generalmente el método galvano-cáustico, que es el que yo empleo siempre, no estando quejoso de los resultados obtenidos, empleando la causticación punteada en sesiones repetidas, por término medio, cada ocho días.

Pero este medio no es el único, pues, que en la electrolisis, que tan buenos resultados ha surtido en el tratamiento de ciertas lesiones hipertróficas nasales, tenemos un medio sencillo y poderoso de destrucción de los tejidos neoformados.

Leemos en los *Archiv für Laryngologie und Rhinologie,* tomo XI,

cuaderno 2.°, que el Dr. Derenberg, asistente de la Clínica de B. Fränkel, ha tratado sistemáticamente siete enfermos de faringitis lateral hipertrófica, empleando corrientes de 15 miliamperios con duración de un minuto y empleo de aguja bipolar, cocainizando previa y enérgicamente la región, espaciando las sesiones según la reacción observada y habiendo notado resultados muy satisfactorios.

Tal procedimiento electrolítico, por las mismas razones científicas, es aplicable á la destrucción de los folículos faríngeos infartados, que constituyen la llamada faringitis granulosa.

VI. Ahora que desde que Billroth practicó la primera laringectomía por cáncer laríngeo, llevamos una gran experiencia adquirida por laringólogos y operadores de todo el mundo culto, consideramos de oportunidad transcribir algo de lo dicho por John N. Mackenzie al abrir la discusión sobre tal tema en la XXII Asamblea de la Sociedad Laringológica Americana.

Tres escuelas se dibujan hoy en la práctica : una, la de los operadores *a outrance*, que ansiosos del éxito quirúrgico, optan por la extirpación de todas las regiones aparentemente enfermas, sin tener mucho en cuenta lo que la anatomía patológica y la experiencia clínica enseñan ; otra, la de los que tímidamente se conforman con las intervenciones endolaríngeas, procurando la destrucción de todo tejido excrescente, consiguiendo, según ellos, en algún caso de limitadísima neoplasia, la curación del padecimiento ; y finalmente, una tercera, que adepta de la antigua escuela del *noli me tangere*, deja correr el padecimiento, limitando su intervención á la posible paliación de las molestias y á remediar la asfixia inminente, practicando la traqueotomía en tiempo oportuno.

Quién ofrece mayor certeza clínica, parece difícil determinarlo actualmente ; pues ni es prudente dejarse guiar por los entusiasmos operatorios de éxito tan sólo próximo, ni por la práctica de los abstencionistas, que en la quietud ven las mayores probabilidades de prolongación de la vida.

En tal situación, las ideas vertidas por J. Mackenzie parecen sintetizar el problema en su justo término.

Las dificultades en la precisión diagnóstica llaman la atención del autor, que desechando el valor que pueda ofrecer un sólo signo, tan sólo concede importancia á la reunión de varios : los que por su correlación son lo bastante para fijar un diagnóstico positivo, sin necesidad de acudir al análisis microscópico, desechable casi siempre no sólo por innecesario, sino por infiel y perjudicial ; infiel porque

no siempre el trozo extraído para el examen contiene porciones cancerosas, sucediendo esto particularmente cuando la neoplasia comienza su desarrollo en el espesor de las paredes; y perjudicial, por que todo traumatismo en la zona cancerosa es un foco de incremento neoplásico y una puerta abierta para la generalización.

Dos premisas aparecen como necesarias para el éxito terapéutico: 1.ª, diagnóstico precoz, y 2.ª, intervención pronta y radical, extirpando no sólo la zona macroscópicamente atacada, sino los tejidos inmediatos aparentemente sanos y la atmósfera linfática, en muchas ocasiones también aparentemente sana.

La historia del tratamiento del cáncer laríngeo impone, según J. Mackenzie, las precedentes condiciones, que de no llenarse, convierten en ilusorio el tratamiento, según nos enseñan los fracasos sin cuento de las laringectomías parciales y de la laringectomía total cuando la infección local es muy avanzada, concluyendo, por lo tanto, que siempre, por limitada que la lesión aparezca, la extirpación debe ser total, incluyendo la atmósfera ganglionar si queremos tener alguna probabilidad de éxito. El tiempo y la investigación colectiva desinteresada podrán dar razón de los extremos apuntados. Hoy el problema permanece en pié.

FISIOLOGÍA Y PATOLOGÍA DEL TABIQUE INTERVENTRICULAR DEL CORAZÓN

SÍFILIS DEL TABIQUE

POR

M. Y. BREITMANN

de San Petersburgo.

En ningún manual de fisiología se dice una palabra del *papel fisiológico del tabique interventricular en las contracciones del corazón;* en otros términos, ¿qué sería del trabajo cardíaco si se eliminara del mismo el tabique, dejando todo lo demás en orden? No nos es dable efectuar un experimento correspondiente, pues si intentásemos excindir el tabique, destruiríamos la integridad de las paredes cardíacas, produciríamos una comunicación artificial entre los ventrículos, lesionaríamos vasos, válvulas, etc.

Tal experimento lo lleva á cabo sin ninguna dificultad la sífilis y mediante un procedimiento muy sencillo: coloca en la región del tabique un goma ó lo somete á alteraciones cicatriciales, dejando to-

das las restantes partes del órgano perfectamente inalteradas, al menos la más esmerada investigación microscópica no llega á descubrir anomalía alguna. El tabique degenerado deja de trabajar con su habitual regularidad; en el funcionamiento cardíaco se verifican alteraciones que no se explican por otras causas y que corresponden por completo á las que obtendríamos en el experimento si pudiésemos efectuarlo. Esta particularidad característica de la sífilis de invadir distintas partes del corazón dejando las otras intactas, nos permite determinar, con la exactitud de un experimento fisiológico, los fenómenos que provoca el trastorno del funcionamiento del tabique de los ventrículos cardíacos.

Las alteraciones sifilíticas del tabique interventricular que *ahora he advertido por primera vez* ofrecen, por causas comprensibles, algo *sui generis* é independiente por sus particularidades. Los síntomas clínicos provocados por la afección sifilítica del tabique interventricular son del todo idénticos, tanto si las alteraciones son gomosas como si son cicatriciales, con la sola diferencia que en el último caso son más considerables á consecuencia de la mayor extensión é intensidad de la afección.

Las alteraciones del tabique, aun cuando son bastante considerables, pueden dejar de provocar fenómeno alguno durante la vida, si el corazón es sano en general y cumple bien su cometido (caso de Rolleston). En la mayoría de los casos las alteraciones del tabique no son indiferentes ni para la salud ni siquiera para la vida, pues las más de las veces *la muerte sobreviene completamente de repente*, inopinada, en medio de una salud aparentemente perfecta, sin ningún fenómeno precursor (casos de Wilks, Brehme, Henderson, Mracek, en el cual hubo también gomas en la pared muscular del ventrículo derecho, de W. Pasteur, en el cual los gomas estaban en el tabique y la pared del ventrículo izquierdo, y el de Newton Pitt con gomas del tabique y de los músculos mamilares, gomas y aneurisma del vértice del ventrículo izquierdo). Por supuesto, los últimos casos complicados con lesiones de otras partes del corazón son menos demostrativos que los tres primeros, en los cuales sólo el tabique estaba afectado; mas estos tres casos bastan para demostrar que una lesión del solo tabique interventricular puede conducir á la muerte repentina. Evidentemente, la importancia de la lesión del tabique como causa de la muerte súbita fué mayor en el caso de Wilks, en el cual el goma alcanzaba el volumen de una bola de billar y menor en el caso de N. Pitt.

Mas cualquiera que sea el tamaño de la alteración del tabique, su importancia se reduce siempre á una sola cosa: el trastorno de la combinación normal de las contracciones de las dos mitades del músculo cardíaco y la consiguiente insuficiencia de la actividad ó hasta (en los casos mortales) la parálisis del mismo.

Si consideramos los casos en que todavía antes de la muerte, repentina ó precedida de prolongada enfermedad, la afección tabical se manifestaba por síntomas intravitales, la significación de dicha afección tiene sus particularidades distintas.

En casos muy raros, puede decirse excepcionales, las alteraciones del tabique se reflejan en el funcionamiento de todo el músculo cardíaco considerado como conjunto. Para esto es preciso que las alteraciones tabicales interesen de una manera ú otra el aparato nervioso del corazón, como cuando una alteración cicatricial se desarrolla en el límite entre las aurículas y los ventrículos, en el tabique aurículo-ventricular, es decír, en la proximidad de los ganglios nerviosos del corazón (como sucedió en el caso de Jürgens). Tal afección suele acompañarse de irregularidad del pulso, alteración de su frecuencia (bradicardia), palpitaciones, sensación de opresión precordial, vértigos, desfallecimientos (consecuencia de la insuficiencia cardíaca y de la anemia cerebral, como en los casos de Coggeshall, Moritz, de Marsary, Turner, Jürgens. Es de suponer que en todos estos casos la afección del tabique de por sí no desempeñaba un papel tan importante en la producción de los mencionados síntomas como desempeñaron probablemente las alteraciones concomitantes de las otras porciones del corazón (afección del ventrículo izquierdo, obstrucción de la coronaria izquierda). Así, pues, es muy dudoso que la afección del tabique pueda tener una importancia uniforme para el trastorno simultáneo del funcionamiento de ambos ventrículos, y que esta importancia de las alteraciones tabicales sea uniforme para una y otra mitad del corazón.

Al contrario, ya *a priori* debemos suponer que el trastorno de la combinación de las contracciones de las dos mitades cardíacas provocado por alteraciones sifilíticas del tabique, debe reflejarse más pronto y más fuerte en el ventrículo derecho por ser el más débil.

En efecto, si examinamos los hechos encontramos lo siguiente: En el caso de Leyden-Freimuth, en el cual se hallaron en el tabique tres gomas como avellanas, de contenido caseoso y de contorno fibro-tendinoso, á pesar de la flojedad y adelgazamiento de las paredes, sobre todo del ventrículo izquierdo, no hubo durante la vida,

prescindiendo de cierta debilidad, ningún trastorno por parte de dicho ventrículo, al paso que el derecho, cuyas paredes estaban poco alteradas, sufría mucho más de la afección tabical y la muerte fué debida á la insuficiencia del ventrículo derecho. En este caso hubo además dos aneurismas parecidos, uno en el tabique, aumentando los fenómenos respectivos y otro en el vértice del corazón sin provocar fenómeno alguno durante la vida.

Enteramente parecida es la observación de Rutherford Haldane: del lado del ventrículo izquierdo, á pesar de considerables alteraciones anatómicas, no hubo ningún síntoma durante la vida, el derecho estaba afectado tan sólo en la parte adjunta al tabique que era principalmente alterado, y á cuyas lesiones debían por esto atribuirse los síntomas por parte del ventrículo derecho. La significación de su enfermedad en este caso era doble: 1.°, trastorno de la combinación de las contracciones cardíacas, y á consecuencia de esto parálisis del mismo, muerte repentina; y 2.°, trastorno del funcionamiento del ventrículo derecho provocando dificultad respiratoria, sofocación: después de la muerte el cuello y la cara eran fuertemente cianóticos.

La enferma de Lancereaux, teniendo el pulmón perfectamente normal, sufría, además de palpitaciones, ataques de asma, y murió entre fenómenos de creciente sofocación, cianosis y vómito. También aquí los fenómenos se concentraban en el ventrículo derecho y el tabique interventricular, cuya pared era engrosada á 3 cm., consistente y sembrada de numerosos gomas del volumen de lentejas.

En el caso de Mannino la afección del tabique se manifestó mucho más en el funcionamiento del ventrículo derecho que del izquierdo.

La disnea observada durante la vida en el enfermo de Pearce Gould correspondía á la alteración cicatricial, encontrada en la autopsia, del ventrículo derecho, aurícula y en parte del tabique, siendo el corazón izquierdo y las válvulas enteramente normales.

Lorrain observó en un enfermo, antes de la muerte, la repentina aparición de una fuerte disnea, cuya causa no podía estribar en los pocos focos insignificantes de inflamación catarral del pulmón descritos por Lorrain; de una manera más natural se explica la disnea por la presencia de un goma en el tabique interventricular encontrada en la autopsia.

En el caso de Mracek el enfermo sufrió durante los diez últimos días de su vida una disnea sumamente pesada y dolorosa, encontrándose, entre otras lesiones, una degeneración cicatricial de parte del tabique.

En la enferma de Teissier, muerta bajo los fenómenos de sofocación, las alteraciones sifilíticas se encontraron exclusivamente en el ventrículo derecho y el tabique.

En un caso de Braslavsky, en el cual no había en el pulmón alteraciones esenciales (ligera dilatación en los bordes) y el corazón izquierdo, así como los ganglios nerviosos, casi no estuvieron alterados, la disnea y hasta los ataques de sofocación podían explicarse con gran probabilidad por las marcadas alteraciones intersticiales de tejido conjuntivo del tabique interventricular que estorbaban el funcionamiento del ventrículo derecho.

Los indicios de la perforación del tabique interventricular son los mismos que los de los defectos congénitos del mismo, por ejemplo, la falta de oclusión del agujero oval, y por esto no me detendré en describirlos.

Una lesión de las aurículas tendrá probablemente la misma significación que la alteración de los correspondientes ventrículos, sólo en menor grado Así, en el caso de Pearce Gould la afección de la aurícula derecha obraba probablemente como una afección del ventrículo derecho, aumentando la disnea; en el enfermo de Wagner un goma de la cara aórtica de la aurícula izquierda y su tabique fué probablemente la causa de la muerte repentina, como lo son los gomas del ventrículo izquierdo y su tabique.

Sería muy de desear que siendo yo el primero en sacar conclusiones acerca de la significación del tabique de los ventrículos y sus alteraciones, las comprobaran también otros observadores.

(Traducido del *Vrach*, por D. Gaspar Sentiñón).

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del dia 9 *de Marzo de* 1901 (1).

Resección intracraneal del trigémino.—El Dr. San Martín (D. A.): Se trata de un enfermo de treinta años de edad, asturiano, labrador, de complexión robusta. Hace algún tiempo comenzó á sentir neuralgias faciales tan in-

(1) Por error de ajuste, apareció en el número anterior, la sesión del 16 de marzo, en lugar de la del 9, que es la que correspondía y publicamos hoy.

tensas, que hicieron precisa la resección de los nervios maxilar superior é inferior por el procedimiento de Krönlein.

No volvió á tener novedad por el el pronto, pero, pasados seis meses, reprodujéronse los dolores en las regiones inervadas por las ramas dichas y entonces ingresó en la Clínica de la Facultad de Medicina que tiene á su cargo el Dr. Guedea.

Reconocido el enfermo, se pensó en la resección del gran simpático del cuello: animaban á practicarla algunos resultados estadísticos, bastante satisfactorios; mas como no todas las intervenciones de esta clase fueron felices, la prudencia aconsejaba ser cautos y optamos por hacer la resección intracraneal del trigémino, que practiqué yo por deferencia, muy de agradecer, del Dr. Guedea, ya que yo también había operado la otra vez á este enfermo.

Me decidí por el procedimiento de Krause, sin adoptar el motor eléctrico de Doyen, porque, aparte de otras razones, como todo instrumento ciego, podía causar serios destrozos.

Hice una incisión en la parte externa de la región temporal, seccioné el crotafites, y, venciendo no pocas dificultades, logré separar un opérculo, una porción ósea por medio de la gubia y de la sierra de alambre pasada con una aguja, sin herir, por buena fortuna, la arteria meníngea media.

Acaso por la existencia de condiciones especiales del líquido cefalorraquídeo, el encéfalo se encontraba aplastado. Tuve gran cuidado de colocar siempre delante del dedo, para evitar la hemorragia, una tira de gasa; pero al buscar el ganglio de Gaserio, salía tanta sangre, que casi estuve por suspender el acto operatorio hasta seis ú ocho días después.

Decidíme, al fin, por la terminación inmediata, y, una vez cohibida la hemorragia, excindí cuanto pude alcanzar de la porción intracraneana del maxilar inferior y luego del superior que, por cierto, eran muy resistentes. Terminado todo, coloqué nuevamente el opérculo óseo, que unió á maravilla no obstante el largo tiempo que estuvo separado de las partes vivas, y la cicatriz se formó sin supuración, por primera intención, en muy pocos días, sin haber notado otra novedad que algunas alteraciones en la motilidad del ojo del lado operado y sin que hasta hoy el enfermo haya vuelto á ser víctima de las extraordinarias molestias que sus neuralgias le producían.

Afecciones parasifilíticas. — El Dr. Taboada: He mencionado ya entre la enfermendades *parasifilíticas*, la histeria, que se presenta casi de preferencia en las mujeres, entre el segundo y tercer período. Reviste formas múltiples, variadas; ya la vaporosa, ya la anestésica, ahora la paralítica, ahora la convulsiva, otras veces la pasional, y en ocasiones, se traduce solamente por una exageración de la impresionabilidad. Manifestaciones multiformes del histerismo, tenaces, rebeldes á toda medicación, á toda terapéutica, que causan la desesperación de las enfermas y el desaliento del médico, pues que á pesar de haber cedido las manifestaciones sifilíticas al tratamiento específico, ellas no ceden, no se curan.

La epilepsia parasifilítica es relativamente frecuente entre los treinta y los cuarenta años de edad; se observa en el período terciario de la sífilis, entre los diez y los veinte años después de la infección; pero los epilépticos parasifilíticos se diferencian de los jacksonnianos en que, por lo gene-

ral estos últimos, no suelen perder el conocimiento durante el ataque, y en que las convulsiones son unilaterales, afectan no más que á una mitad del cuerpo y en que no son tan frecuentes las perturbaciones mentales, y por último, en que ni la medicación bromurada, ni la antisifilítica logran influencia alguna curativa en los primeros.

Es la tabes dorsal, Señores, el tipo de las enfermedades parasifilíticas. Debo exponer aquí mi convencimiento, adquirido durante largos años, que el 95 por 100 de los tabéticos que vemos son sifilíticos. Es la tabes de la parasífilis, propia del tercer período, y aquellos trastornos de la vista y del oído, aquellos dolores fulgurantes, insoportables, atroces, y la incoordinación en la marcha, aparecen en los límites del terciarismo, no haciéndose esperar los síntomas del segundo período de la tabes y la impotencia, aquella impotencia muscular cruel por lo absoluta, que es propia del tercero. Ya tuve ocasión de deciros que la tabes es incurable, no obedece al tratamiento específico, como no obedece á ninguna otra terapéutica.

La parálisis general parasifilítica, comienza con cambios de carácter: el enfermo tiene lo que se han llamado genialidades, incoordinación de los movimientos, alteraciones de la palabra, marcha insegura, vacilante; hay conceptos delirantes, hipocondría y lipemanía, y, por fin, parálisis. Esta enfermedad, verdaderamente terrible, se presenta en un 85 por 100 de los sifilíticos.

También son intensísimos los dolores que acompañan á la amiotrofia aguda. He observado tres casos, y los tres se han presentado en individuos de la clase pobre, en gentes que descuidan y no emplean el tratamiento específico.

Vuelvo á insistir, Señores, en que ni esta forma de las enfermedades parasifilíticas, ni las demás que se localizan en el tejido nervioso, por el cual tiene marcada predilección la sífilis, son debidas al tratamiento mercurial ni termal, como algunos han creído.

La leucoplasia lingual es distinta de las *placas mucosas* que aparecen, como sabéis, en el segundo período de la sífilis. Esta leucoplasia es de origen sifilítico en el 90 por 100 de los casos, y se da á conocer por manchas blanquecinas y por grietas, que tienen su asiento en diferentes partes de la boca y en las fauces. Es rebelde á todo tratamiento, ya sea general ó local, y aunque en ocasiones parece que se modifica á beneficio de ciertos medicamentos tópicos, es por muy pocos días, volviendo al cabo de ellos al mismo estado que antes tenían.

Sesión del día 23 *de Marzo de* 1901.

Acción del suero antidiftérico en el asma. — El Dr. Espina (D. Antonio): Señores Académicos: Para nadie es un secreto los malos ratos que yo he llevado á consecuencia de la enfermedad ó del síntoma de algunas enfermedades llamado asma. Treinta años de una existencia minada en la flor de su vida, y cuando le sonreían las mayores aspiraciones á mi desgraciado padre, el cual padecía de estos ataques, me decidieron á hacer estudios lo más especiales posibles acerca de la investigación de este síndrome patológico, que todas las noches nos hacía ser presa de horribles torturas y de indes-

criptibles angustias. Posteriormente, una nueva invasión de accesos asmáticos recayendo en persona queridísima de mi familia, compañero nuestro, me hizo volver á la lucha para investigar lo que no pudiera saber, tanto respecto al síndrome de esta enfermedad, como de su fisiología patológica, y más principalmente de su tratamiento y alivio. Cuantos artículos pude leer que empezaban con la palabra asma, otros tantos devoraba para ver si había algo nuevo que poder oponer á estos accesos terribles que comprometen tanto la vida del enfermo como el crédito de los médicos.

No habré de decir, por tanto, si he hecho uso de todas las medicaciones conocidas, pero los trabajos de fisiología normal y patológica acerca del pneumogástrico, así como los descritos en esta Academia por el Dr. Gómez Ocaña, afirmaron en mí la idea de que no había asma esencial, es decir, un asma aparte del fraguado por los elementos catarrales, con sus dilataciones y estrecheces bronquiales, conjunto llamado vulgarmente catarro crónico, en el que se integran una serie de hechos de mucho interés para el práctico, y en que se dibujan, sobre todo eso, un fondo especial de formas accesivas, de repetición á hora fija, que se presentan en esas horas tristes de la tarde en que el oxígeno, perdiendo su iluminación, cambia su acción sobre el glóbulo rojo. Recordando que la respiración, como la circulación responden á una inervación que, como dice el Dr. Gómez Ocaña, es de freno y de espuela, de elementos motores y de elementos retardadores ó reguladores, y que en el bulbo se realizan estos hechos reflejos que determinan ó que acusan los actos respiratorios, investigué en la terapéutica antiaccesiva y antiparoxística la manera de cortar esa aparición de los terribles accesos nocturnos de asma que comprometen, como he dicho antes, la existencia del enfermo y el crédito del médico.

Pues bien; entre los trabajos modernos que cayeron en mis manos, uno de ellos fué el del Dr. Revilliod, de Ginebra, del que me habéis de permitir leer siquiera algunos párrafos, porque son de interés capital para la comunicación que hago á esta Real Academia, contando de antemano con vuestra benevolencia.

La novedad del título y de la medicación hicieronme buscar más datos acerca de este asunto, y ver si en la bibliografía médica, tanto europea como americana, había algo más que esta comunicación, ó si este era un hecho suelto en la historia de tanta medicación intentada. En efecto, en el *Diario Médico de la Habana*, el Dr. S. Fernández publicó dos casos tratados por el método de Revilliod, y después hay un paréntesis de silencio en el que no se vuelve á registrar ningún hecho más. Este trabajo original se refiere á 6 casos, mejor dicho, á 7 casos, en los cuales tiene tres curaciones, dos mejorías persistentes y una mejoría pasajera. Como comprenderéis, esto me animaba á intentar algo allí donde no hay curación y ninguna mejoría permanente.

Convencido, además, de la inocuidad del suero antidiftérico en las diversas vacunaciones que se hacen como preventivas de la difteria, y en los tratamientos curativos de esta enfermedad, en la cual no tiene rival el suero de Roux, viendo que no podía haber absolutamente contraindicación alguna, empleé este suero por ser inocuo, y teniendo en cuenta los trabajos de Revilliod, emprendí en el Hospital Provincial, y en circunstancias bastan-

tes desfavorables para los experimentos, la investigación de los hechos terapéuticos que brevemente voy á dar á conocer á la Academia.

Como todos sabéis, estoy encargado en el Hospital Provincial de un servicio de tuberculosos. Por raro accidente, y salvo cuando las prisas ó necesidades urgentes de la población obligan á que en mi sala haya de todo, no tengo otros enfermos que los que he manifestado. En estas condiciones invité á mis queridos compañeros á que me indicaran si tenían en sus salas algún enfermo de los llamados de asma esencial típicos, como exigía Revilliod para empezar este estudio. Yo buscaba el asma de origen artrítico cuya localización en los bronquios ó aparatos respiratorios pudieran hacer efectivos el punto de vista teórico en que se fundaba Revilliod, para emplear el suero antidiftérico, pero no encontré casos é hice experimentos con enfermos de mis Salas especiales.

Antes de hacer mis reflexiones, he aquí las palabras de Revilliod:

«¿Qué motivos han podido inducirme á tratar el asma por el suero antidiftérico? ¿Ha sido por sencilla curiosidad, por empirismo ó por un concepto racional que refiere la naturaleza del mal á la acción del remedio, sea éste específico ó no? Para responder á estas preguntas veamos, separadamente, lo que es el asma y la acción del suero.

¿Qué es el asma? Dejemos aparte las disneas sintomáticas de una lesión orgánica de los pulmones, de los bronquios, del corazón, de los vasos ó de un tumor del mediastino; el asma idiopática esencial, que es el único que debiera tener ese nombre, representa una entidad bastante bien determinada. Reducido á esta sencilla expresión se considera como una neurosis, una afección espasmódica de las vías respiratorias, es decir, de su aparato muscular intrínseco ó extrínseco; la neurosis dependería de un trastorno de las extremidades nerviosas ó de los centros del bulbo, en particular, trastorno primitivo ó secundario, reflejo ó inhibitorio.

El agente excitador del aparato respiratorio residiría tanto en la mucosa de este aparato, desde las narices (polvo, pólipos, olores fuertes), hasta las extremidades bronquiales, como en la superficie cutánea, los órganos genitales, el aparato digestivo ó el centro cerebral. Pero estos no son sino accidentes que pueden dar lugar á un acceso de disnea simulando el asma, ó pudiendo determinar el acceso en el asmático; pero incapaces de crear un asmático en toda la extensión del significado de esta palabra; lo mismo que un acceso epileptiforme accidental no representa la epilepsia verdadera.

El asmático es un diatésico, artrítico ó herpético, que expresará su diátesis, hereditaria ó adquirida, por manifestaciones tan distintas como la jaqueca, las laríngeas, las dermatosis, el reumatismo, la gota, el mal de piedra, la diabetes y otras tantas maneras de manifestarse el retraso ó enrarecimiento de la nutrición (Bouchard).

Pues bien, á este enrarecimiento la economía debe responder con un proceso acelerador de los movimientos inspiratorios y expiratorios, equilibrados con los movimientos de contracción y dilatación del corazón, según un ritmo proporcionado á la cantidad y á la intensidad de los cambios químicos de la nutrición. Si el oxígeno es muy abundante habrá apnea ó hipopnea, y si son los productos carbonados los que están en exceso habrá polipnea, hipernea y disnea. El pulmón representa el papel de una glándula destinada á elimi-

nar los productos excrementicios gaseosos, fisiológicos y patológicos; además del ácido carbónico, las esencias, la trementina, el cloroformo, los éteres, la acetona, el amoníaco, elimina otros productos volátiles de la desintegración intersticial no revelados todavía por la Química. Cuantas más materias extractivas gaseosas haya que eliminar, más necesaria es la presencia del oxígeno para operar las combustiones, y este es el caso de los retardados de nutrición y, por lo tanto, en ellos debiera ser más activa la función respiratoria. Habrá, por consiguiente, disnea inspiradora en aquellos que tienen sed de oxígeno y disnea espiradora en los que tienen necesidad de exhalarle cuando hay exageración de él.

La eliminación, último acto de la desasimilación, se efectúa tan pronto de una manera continua y regular como por crisis, á semejanza de los fenómenos llamados críticos; hace falta cierto exceso de carga para que la descarga se produzca. Los uréteres, la vejiga, el recto, para tomar ejemplo de los hechos más vulgares, no entran en contracción sino cuando la materia excrementicia está en cantidad suficiente para exigir la exoneración y juzgar el papel de estimular la función. De la misma manera la tos, la disnea, proceden, en general, por paroxismos. Realizadas que sean las condiciones patológicas, á saber: un afluyo excesivo de principios volátiles, la plenitud exagerada de estas substancias va á determinar el acceso, que será espontáneo ó provocado por una causa determinante, casi siempre muy ligera é insignificante en sí misma. Pasada la tempestad la calma renace, hasta que una nueva carga y un nuevo estímulo ponen en actividad el sistema nervioso, lo cual determina un nuevo acceso».

.....

Con estas teorías, como véis, el Dr. Revilliod hace del asma una neurose, pero cuya génesis para provocar el acceso está fundada en una teoría humoral, y termina considerando al asma como un medio de defensa del organismo y como medicamento clásico del acceso el ioduro de potasio, agente eliminador por excelencia; y teniendo en cuenta la acción del suero, que aumenta el trabajo de exosmosis, tanto cutánea como pulmonar, y viendo en las tres modalidades terapéuticas del suero algo parecido á la acción del ioduro, intentó el tratamiento del asma por este medio.

Sentado el fundamento del tratamiento, sigo mi comunicación en su parte clínica.

En el caso á que me he referido al principio, se trata de un sujeto artrítico y asmático, como toda la familia.

Los accesos de asma se han presentado durante los inviernos.

Este sujeto ha permanecido en los Trópicos y en el Extremo Oriente cerca de catorce ó dieciséis años. No tiene lesión cardíaca ninguna, pues ha sido reconocido por el Dr. Valle y por el Dr. Robert, sino únicamente las lesiones bronquiales propias de los catarrosos, con ligerísimo enfisema.

En este sujeto hemos practicado nueve inyecciones, y desde las primeras han desaparecido los accesos de disnea que le obligaban á permanecer en su casa desde las tres de la tarde. Después ha podido salir, ha vuelto á sus antiguos paseos de 10 y 12 kilómetros diarios, y hoy se encuentra haciendo su género de vida ordinario pudiendo salir por las noches al café ó á círculos, y pudiendo resistir atmósferas confinadas.

Los fenómenos fisiológicos que he observado con las inyecciones son los siguientes: 1.°, una pequeñez de pulso extrema con contracción evidente de los vasos más pequeños accesibles al tacto, la radial y las arterias del cuello, etc. Como fenómeno cardíaco hay algo parecido á lo que sucede con la acción de la digital y con el cornezuelo de centeno, enrarecimiento del número de pulsaciones, etc.

En este sujeto la secreción se ha hecho más abundante, desapareciendo los accesos de disnea con alguna facilidad y sencillez, recobrando el sueño sin calmantes, adoptando todos los decúbitos y á la mañana siguiente suele haber alguno que otro roncus de acumulación, consecutivos al período de sueño. La orina se aumenta algo, pero en ningún caso ha presentado albúmina, según han revelado el licor de Esbach y otros reactivos empleados. Además, el enfermo recobra la alegría y á un sujeto que le era difícil la noche y que le horrorizaba la hora del anochecer por encontrarse con estos accesos, ahora en la actualidad recobra parte de su alegría y vuelve á su actividad.

¿Es que se ha encontrado la panacea del acceso asmático con la inoculación del suero antidiftérico de Roux? No lo creo. La génesis y patogenia del asma representa como el de la hemoptisis una serie de hechos, todos diferentes, con un solo síndrome común, la salida de la sangre y la dificultad de respirar; pero analizando los hechos resulta que la hemoptisis, como el acceso asmático, responde á una categoría de hechos, muchas veces distintos. Desde la hemoptisis por congestión activa pulmonar, hasta la hemoptisis por ulceración, hay una serie de hechos de interpretación distinta y de tratamiento también diverso.

En los accesos asmáticos, desde el asma cardíaca hasta la artrítica sin lesiones, hay otra serie de condiciones clínicas y de estudios, en los que responde la medicación á las tres indicaciones: á la causal, á la patogénica y á la sintomática. En todos aquellos accesos asmáticos cuya causa y patogenia responde á un hecho de acción refleja sobre el bulbo y el pneumogástrico, es cierto que la aplicación, en mi opinión, del suero de Roux, podrá modificar estos actos que constituyen el acceso asmático, pero no podrá curarla. En el asma cardíaca, en el asma dependiente de esos grandes enfisemas, en que el pulmón se hace una almohadilla ó edredón de aire, en una palabra, en todos aquellos en que el asma se determina por disminución del campo respiratorio, la acción sobre el bulbo que pudieran tener las toxinas del suero antidiftérico, determinando la excitación de los nervios de freno ó de los nervios motores, sólo ejercerían una acción sintomática. Pero en los asmas artríticos en los que el fenómeno se verifica por acción de eliminación, allí donde se van eliminando el producto único determinándose por los actos reflejos esa serie de espasmos en los que los estertores se oyen á distancia, porque el enfermo se encuentra con su árbol bronquial imposible de funcionar, es fácil que esta acción que dice Revilliod, así como la acción que las toxinas pudieran tener sobre el bulbo determinarán una disminución completa del acceso asmático, y como este acceso trae en pos de sí una serie de hechos de fisiología y patología de gran gravedad, si nosotros disminuímos el tiempo en que el acceso asmático se produce, habremos conseguido paralizar la acción brutal de estos.

Este tratamiento, hasta hoy en embrión, es un germen de mayor ó menor vitalidad y no sé lo que podrá durar, ni el porvenir que le estará reservado en la terapéutica ni siquiera si pasará á la tradicional medicina ensayada por todos, pero yo creía de algún interés el comunicar á la Real Academia esto como hecho de gran importancia. No vengo como un innovador, no creo que voy á traer la nueva doctrina, pero yo, señores, hago cuanto puedo dentro del ejercicio de mi profesión, para su progreso, sintiendo no llegar á más, pero me falta el conocimiento, nunca el entusiasmo, y al traer esto, de cierta novedad relativa á esta Academia, es para invitar á mis queridos compañeros, todos ellos de más valer que yo, á que lo intenten en esta enfermedad donde todo tratamiento ha fracasado, á que intenten, digo, este tratamiento. Peligro no hay ninguno, no hay nada inesperado é insólito, y por tanto, no siendo peligroso y pudiendo ser provechoso creía de algún interés trazar aquí este esbozo del tratamiento del asma, enfermedad que tantas víctimas causa, no tanto por la muerte en sí, sino porque el infeliz que la sufre está viviendo muriendo durante un cierto espacio de tiempo, y el que ha vivido al lado del asmático, ya sabe lo que es un acceso de asma.

El *Dr. Iglesias* se congratula del beneficioso resultado que se ha alcanzado con el suero antidiftérico en el tratamiento del asma, explicándole, no por acciones específicas, sino por el poder *tónico*, *estimulante* y *alterante* del suero sanguíneo, líquido complejo, en el cual se hallan principios albuminoides, grasos, extractivos, ácido úrico, urea, glucosa y sales minerales, predominando el *cloruro de sodio*, que llega á 5 ó 6 gramos por litro, siendo la base de los *sueros artificiales*, y otras sales y gases; factores que pueden dar razon de la virtud que el suero orgánico despliega en determinados estados morbosos, cuya esencia es la astenia, la discrasia y la infección en sus variadas especies.

Recordó que, aun en el tratamiento de la *difteria*, no todos han admitido ni admiten la acción específica del suero tenido por antitóxico, considerándole algunos como tónico, usándole como tal en padecimientos agudos y crónicos, y admitiendo también en dicho modificador efectos alterantes, utilizables en terapéutica. Por esto se ha recomendado en las neurastenias, distrofias y braditrofias, y recientemente en las *neumonías*, principalmente en las llamadas *grippales*, *adinámicas* y *nothas*.

Terminó manifestando, que la filosofía terapéutica del suero antidiftérico exige un estudio muy detenido y profundo en la clínica y en el laboratorio, para discernir su verdadera acción medicinal y sus indicaciones.

El Dr. Espina: No he de rectificar ni una sola palabra conforme con las opiniones de mis compañeros. Pido la palabra, porque durante la improvisación he olvidado hablar de la dosificación del medicamento.

Hemos comenzado por 5 gramos de suero de Roux, traído de París y del Laboratorio del Dr. Llorente: hemos usado el primero en la población y el segundo en la Clínica del Hospital. Después, visto que nada ocurría fisiológicamente, hemos pasado á los 10 gramos y llegado á los 20, con los grados de toxicidad necesaria para que el suero fuese antidiftérico. Hemos inyectado en las regiones glúteas, pero siendo algo dolorosas en este punto las inyecciones, tal vez porque hay más tejido grasoso que verdaderamente adi-

poso, hacemos las inyecciones en las regiones pectorales derecha é izquierda, según las necesidades y lo traumatizado del sitio.

En los tres primeros días las inyecciones han sido consecutivas y, una vez obtenida la mejoría, se han ido retrasando á cuatro, cinco y seis días, y á veces, á tres semanas. No hay que decir que nada ha pasado localmente, que no ha habido flemones, y aun con 20 gramos de suero no se ha obtenido ningún efecto, salvo los que ya dije antes de la circulación. Claro es que se ha empleado la asepsia más completa y más rigurosa.

Tal es el *modus faciendi*. No hay inconveniente en ascender desde la tercera inyección en adelante de 5 gramos á 10.

Yo entiendo que la seroterapia como la opoterapia, son las medicaciones del porvenir; esta terapéutica tiene sus antecedentes dentro de la fisiología normal en las secreciones internas, y creo que tiene algo más que la acción tónica, puesto que hay que buscar en estos casos el suero que tenga una acción electiva de eliminación, es decir, que busque la eliminación por los órganos lesionados, y el suero antidiftérico es el que tiene mayor electividad por el pulmón, sin que yo niegue que se elimina también por la orina. Sea la acción eliminadora ó sea la tónica ó ambas reunidas, es lo cierto que creo de una necesidad imprescindible el ensayo de esta medicación en el asma, y he de traer á fin de curso algunos resultados más.

Bueno es que se entable la discusión, que traigamos algún dato científico de más peso, y, si esto no es posible, sigamos empleando el nuevo método, puesto que da resultado, como manejamos la electricidad, que más tarde ó más temprano sabremos cómo obra.

El Dr. Hergueta: Empiezo felicitando al Dr. Espina por haber presentado las observaciones extraordinarias de los casos que ha citado en una enfermedad tan terrible, en un padecimiento tan difícil de tratar como lo es el asma. Las observaciones del Dr. Espina merecen llamar la atención de los prácticos.

Si mal no entendí, me ha parecido que parte de los experimentos de Revilliod, acerca del asma esencial; y si bien sus observaciones vienen involucradas, puesto que algunos casos son de catarrosos y de tuberculosos, el hecho es que ha habido, si no curación, un gran alivio del ataque asmático, y claro es que debemos insistir en dicho tratamiento.

Y refiriéndome al asma esencial, creo que obedece más á una causa herpética ó herpeto-reumática, desempeñando el herpetismo un papel importantísimo, pues si examinamos la caja torácica de un asmático, no hay nada que justifique aquel ataque brusco, rápido, que se produce por una aroma, por una impresión moral, por una nonada en ocasiones, y yo, algunas veces, me he preguntado si el bulbo y la médula espinal pueden tener alguna parte en el asma esencial. Y me hice algunas consideraciones, porque en el herpetismo antiguo se decía que había primero picor, y luego simetría de las lesiones; que siempre el picor aparecía de noche como aparece el asma: de manera que si yo había de localizar las raíces del herpetismo las localizaba más bien en los centros nerviosos que en el sistema vascular. Así comprendo que el suero ejerza una acción directa sobre estos centros nerviosos en los casos de asma, como la ejerce en la misma difteria, porque en realidad, yo he de ser sincero, no me fío mucho de las inyecciones del suero antidiftérico

aplicado á todos los casos de asma esencial ó sintomático, por haber comprobado en algún caso dos clases de fenómenos en el suero antidiftérico: primero la hipotermia, el descenso brusco de la temperatura, y claro es que la hipotermia tiene contraindicaciones en algunas enfermedades, de alguna de las cuales puede ser síntoma el asma. Las parálisis que se observan en la acción fisiológica del suero, casi explican que la acción se dirige directamente sobre los centros nerviosos, y vienen á corroborar la idea de que el asma sea una neurosis.

Yo veo el empleo del suero lógico y racional, hecho con moderación, mejor en el asma esencial que en el asma sintomático.

Sección del pneumogástrico.—El Dr. Cervera (D. E.): Uso de la palabra para hacer algunas observaciones, más que á la comunicación del Dr. Gómez Ocaña, á las del Dr. Ribera y San Martín.

Es muy cierto que por rara casualidad, las sesiones de la Academia en este curso se han ocupado discutiendo cosas relativas ó relacionadas al sistema nervioso. Digo esto, porque sin haberse puesto de acuerdo, todas las comunicaciones hechas se han referido á cosas nerviosas.

Yo no puedo hacer objeciones al Dr. Gómez Ocaña, porque no tengo sus conocimientos ni he hecho los experimentos que él, con tanto acierto, viene haciendo. Voy simplemente en dos palabras á referir algún hecho relacionado con el pneumogástrico y el trisplánico, y esto más que nada para que el Dr. Gómez Ocaña vea si puede obtener algún dato que le sirva en sus experimentos.

Yo recuerdo el caso de un sarcoma del lado izquierdo del cuello, en el que hubo que hacer la resección de toda la masa, dejando al descubierto el pneumogástrico y el trisplánico, y no siendo posible cubrir aquéllo, hubo que esperar una cicatrización lenta, dejando al descubierto los nervios por el pronto. Terminada la operación, el enfermo tuvo un estado taquicárdico, y viendo yo que se moría por la posta, viendo que desfallecía el corazón que cada vez latía más de prisa y que el schok se podía presentar de un momento á otro, se me ocurrió poner una esponja limpia empapada en agua caliente, y en el momento en que tapé el trisplánico, dejó de latir tan rápido el corazón; pero ya cuando se enfriaba la esponja, ó ya que se quitaba para ponerle otra, en el acto volvía otras tantas veces la taquicardia. Y ahora pregunto yo: ¿por qué se determinaba este fenómeno? ¿Es que el aire, irritando de un modo indirecto el trisplánico, pero no el pneumogástrico, determinaba la taquicardia, y al aplicar la esponja caliente sedaba el nervio? Si la función del pneumogástrico es simplemente retardadora, ni el aire ni la esponja tenían influencia.

Preguntaba el Dr. Ribera, con motivo de haber hecho una extirpación de un tumor que le obligó á hacer la sección del pneumogástrico, si tienen menos importancia los vasos que los nervios en la intervención quirúrgica del cuello. Parece que el Dr. Ribera tiende á creer que tiene menos importancia la sección, resección y extirpación de elementos del sistema nervioso que la de los del sistema vascular, y yo digo que si se desea contestar á este tema de un modo inmediato, casi nos debemos inclinar al lado de los que creen que es más grave la extirpación de los vasos.

Si se hace una extirpación de carótida, es más fácil que los fenómenos

sean más rápidos, y, en cambio, en una sección del pneumogástrico, no se nota esa alteración en general, ó al menos en un 50 por 100 de casos.

Si se resuelve el problema de esta manera, es más grave la extirpación carotídea; mas si se resuelve en sentido contrario, los fenómenos pueden tardar más en presentarse, pero serán más graves.

¿Que hecha la sección del pneumogástrico no se ha presentado ningún accidente por de pronto? La afonía y la parálisis tonal no dejan de presentarse, y ya podemos contentarnos con estos fenómenos, si no vienen otros, porque la experimentación no ha llegado á decirnos cuáles son los que á la larga pueden venir.

Una sección del ciático se hizo cuando el sujeto tenía once años en un individuo que se presentó á mí á los veintidós. Durante estos once años, la herida cicatrizó divinamente; pero de un modo lento, progresivo; á los once años se fueron presentando fenómenos de anestesia completa de toda la pierna, lesiones tróficas de la planta del pié, variación de posición del mismo, y una serie de trastornos tales qué parecía mentira que no se hubieran presentado más pronto. Desde luego, se imponía hacer la decolación de este miembro, y antes de intentarla, quise hacer la unión del nervio seccionado, que me dió un resultado completo. Pues si se tardó once años para producirse trastornos de esta índole, no hay que esperar que en las lesiones quirúrgicas de los nervios del cuello no observemos nada, nada en el sentido de prontitud, pero ¿y lo que va á presentarse después por falta de inervación del pneumogástrico? De esto no sabemos palabra, y aquí es donde yo quiero que nos ayude el Dr. Gómez Ocaña. Yo le ruego que haga secciones del pneumogástrico y mantenga vivo todo el tiempo que pueda el sujeto, objeto de estos experimentos, para decirnos después si se presentan trastornos de la mucosa respiratoria, si se presentan trastornos de la mucosa del estómago, en fin, trastornos de todos los órganos inervados por el pneumogástrico.

Sucederá en el cuello lo que puede suceder en la sección ó en la ligadura de la femoral en el triángulo de Scarpa, que vendrá la muerte del miembro si no se ha tenido cuidado de establecer una circulación colateral; pero si se secciona el ciático ó el crural, es claro que no observaremos trastornos de momento; pero más tarde ó más temprano, vendrán, seguramente, otros que al fin serán tan graves como los de la ligadura de que antes hablaba. Yo creo que son más graves las consecuencias cuando hay que seccionar elementos nerviosos.

Cita el Dr. Cervera un caso de tumoración que incluía en sí las dos carótidas; las incluía, mas no se las apropiaba. Al hacer la disección del tumor, se encontró incluídas la carótida y el pneumogástrico; disecó lentamente y pudo abrir el tumor, suponiendo que estaría incluído y aislado por los elementos propios y naturales que tiene el pneumogástrico, pues siempre que ha operado ha visto que hay un espacio de separación entre lo que se debe extirpar y lo que se debe dejar, y esta manera de ver fué la que le condujo, no á hacer la resección del pneumogástrico, sino á disecar el tumor por su periferia. Las arterias, en algunos puntos estaban no sólo incluídas, sino apropiadas, por lo cual no podía ni debía respetarlas, y no las respetó.

Dr. Eduardo Toledo.

PERIÓDICOS

Algunas observaciones acerca del tétanos.—D. Antonio Alomar publica en la *Revista Balear de Ciencias Médicas* el siguiente caso:

El tétanos es una enfermedad conocida desde la más remota antigüedad; Hipócrates ya la describió exactamente, y desde aquella época á principios del último siglo, en que Rose D'Antona y otros emprendieron una serie de experimentos, inoculando pus y sangre de tetánicos en animales sanos, que si bien no obtuvieron resultados positivos, en cambio indicaron el derrotero en las investigaciones experimentales que otros con más fortuna han llegado á descubrir. Rosenchach, Carles, Nicolaier y otros muchos, con su espíritu de investigación, han conseguido cultivar un bacilo que se anida en la tierra y en el polvo de las calles, é inoculando ratones, conejos, cavias, con polvo que contenga estos bacilos, aparecen al poco tiempo los síntomas tetánicos. Lo propio sucede en el hombre, cuando esos micro-organismos penetran por una solución de continuidad en nuestros tejidos, dando origen á contracciones tónicas de uno ó varios grupos musculares.

El tétanos puede venir á complicar toda clase de heridas, y especialmente en las que hay contusión ó desgarro de los nervios periféricos, en las pequeñas, por su descuido ó abandono.

Antes de aplicarse el método de Lister, era una complicación terrible de los amputados y de todas las operaciones que debían seccionar nervios importantes, y esto se explica por la preferencia que tiene el microbio á seguir la vaina nerviosa, el perineuro y el nervio mismo, hasta fijar su residencia electiva en el centro cerebro-espinal.

Antes era general la creencia de que el enfriamiento producía el tétanos. En Cuba se conserva todavía por el vulgo esta creencia; herido mojado, herido perdido por el *pasmo*, como le llaman; y de esta opinión participaban los médicos, por los hechos observados en los campos de batalla, en la guerra de Crimea, que después de una lluvia abundante y de una noche fría, se producía el tétanos, que llamaban *reumático*. Hoy no podemos admitirlo, teniendo en cuenta que en todos los casos citados de tétanos reumático, había siempre una solución de continuidad, y además constituiría una herejía científica.

En corroboración de ello, tiene anotados los hechos observados en la guerra de Cuba. Durante más de tres años, siempre en campaña, que tuvo ocasión de asistir á muchos centenares de heridos, y como las lluvias son cotidianas y torrenciales en ciertas épocas del año, no eran suficientes á impedir la mojadura, la manta y el hule con que se cubrían las camillas, y, por lo tanto, era muy frecuente que los heridos se enfriaran, por acampar algunas noches seguidas en el campo, á causa de las grandes distancias y de la poca movilidad de las columnas, debida á su gran impedimenta, y de un modo especial á las condiciones del terreno en algunas provincias, como en el Camagüey, que en ocasiones tardaban á ingresar en el Hospital Militar de seis á doce días, y que jamás se desarrolló el tétanos en estos heridos. Tampoco tuvo conocimiento de que se presentara en los Hospitales Milita-

res de Puerto Príncipe, Nuevitas y Matanzas, á no ser en muy contados casos y en individuos procedentes de las fuerzas irregulares, como voluntarios movilizados, que por sus servicios especiales de vigilancia y custodia de ingenios, poblados de escaso vecindario, no podían en ocasiones ser inmediatamente asistidos.

A esta clase de heridos abandonados pertenecían precisamente tres, en que tuvo ocasión de observar el tétanos y que ingresaron en el Hospital Militar de Matanzas sin poder continuar los resultados del tratamiento iniciado. En cambio, era un padecimiento muy frecuente—según informes recogidos—en la manigua, en las casas de campo, en donde solían recoger á algún herido, y en los recién nacidos, realizándose en estos casos la infección por la solución de continuidad, consecutiva al desprendimiento del cordón umbilical. Tampoco admite los casos de tétanos espontáneo, pues sin duda ha pasado desapercibida la solución de continuidad, tanto al médico, como al mismo enfermo. Lo propio sucede en otros procesos infectivos.

Los repetidos experimentos de bacteriólogos eminentes, como Rosenbach, Nicolaier y otros muchos, demuestran que, bien sea un bacilo, ó bien un micrococo, según Ferrari, está admitido que el micro-organismo del tétanos penetra por la solución de continuidad, se multiplica en la vaina linfática nerviosa, en el perineuro, y en el nervio mismo, y por esta vía llega al centro cerebro-espinal, donde se localiza con predilección. Una vez introducido en la economía, aparecen los primeros síntomas característicos del tétanos, ó sea la rigidez muscular, de los músculos de la masticación (trismus), siguen los del tórax, abdomen, dorso, nuca y miembros inferiores, distinguiéndose con los nombres de opistótonos, pleurostótonos, ortótonos, emprostótonos, según sean los grupos musculares contraídos; sigue á este período de rigidez el de convulsiones clónicas y tónicas, conservando siempre la inteligencia; sobreviniendo más tarde la excitabilidad refleja, la cual va en aumento á medida que disminuye la rigidez muscular. Es muy común que sobrevenga la muerte á causa de un fuerte sacudimiento tetánico, bien sea el diafragma ó bien un acceso de opistótonos, bien por asfixia, parálisis cardíaca, ó enervación extraordinaria, por agotamiento

Según sea la intensidad de la infección, será más ó menos rápido el curso de este proceso morboso, distinguiéndose con los nombres de tétanos agudo, subagudo ó benigno, que termina por la curación.

Llama la atención el contraste que presenta la curva térmica: en el primer período, normal ó ligeramente aumentada; muy elevada en el segundo período, y continúa su aumento después de la muerte hasta señalar 42° y 43° C. Sorprendente, al parecer, este raro fenómeno, se presenta también en otros procesos morbosos, como son las fracturas de las vértebras cervicales y en las del cráneo, lo cual nos demuestra la existencia de un centro termogénico en la médula espinal. Contribuyen también á aumentar la temperatura, las contracturas musculares. Todo esto nos conduce á admitir que el aumento de la temperatura en el tétanos depende de una alteración del centro nervioso regulador en la médula espinal, asiento probable del virus tetánico y de las contracciodes musculares.

Como precede siempre al tétanos una solución de continuidad, por donde penetra el micro-organismo específico, se deduce que su tratamiento profi-

láctico ha de dirigirse á la desinfección rigurosa, sea pequeña ó grande: la excisión, la cauterización enérgica, la extirpación, en los casos que sea posible, y hasta la amputación del miembro, constituyen los medios quirúrgicos más seguros que poseemos. Desgraciadamente no siempre son aplicables, y en este caso es necesario ayudar al organismo, para que en la lucha terrible pueda vencer al microbio invasor. Da preferencia al sublimado corrosivo, ó á los calomelanos, aumentando gradualmente la dosis hasta producir la salivación; el opio y la morfina son de utilidad, por su acción estupefaciente, disminuyendo la sensibilidad y relajando los músculos; el hidrato de cloral y el bromuro potásico á dosis máximas (el Dr. Alomar ha visto administrar 7 gramos de ambos medicamentos en las veinticuatro horas, con buenos resultados); el curare, haba de Calabar y el cloroformo, se han ensayado con escasos resultados; en cambio, el calor produce una acción benéfica; se cuentan casos de curación debidos á este medio.

De estas observaciones se deducen las siguientes conclusiones:

1.ª El tétanos es ocasionado por un micro-organismo específico (bacilo tetánico ó de Nicolaier), que penetra siempre en el organismo por una solución de continuidad; de lo cual se desprende la necesidad de aconsejar y de practicar un lavado minucioso con soluciones antisépticas, dando la preferencia al agua sublimada, sin descuidar las simples picaduras, erosiones, etcétera, por insignificantes que sean, evitando grandes sufrimientos á la humanidad.

2.ª Practicar con preferencia el tratamiento quirúrgico, siempre que lo permitan las circunstancias de lugar.

3.ª Administrar con predilección los bromuros y el hidrato de cloral á dosis fuertes y sostenidas.

Hemorragia labial grave en una niña de veinticuatro días.— El Dr. Luis Moragas publica en *La Medicina de los Niños*, de Barcelona, el siguiente caso clínico:

Se trata de una niña de esta capital, hija de padre sano y de madre muy nerviosa que durante su embarazo sufrió ataques histero-epilépticos ligeros y vómitos muy frecuentes, seguidos de anorexia; el parto, no obstante ser primípara, fué poco laborioso.

Se presentó en su consulta la madre con la niña, manifestando la madre que hacía cuatro días su hija presentaba una hemorragia procedente del labio inferior, en su parte central y cerca de la comisura; que había perdido sangre suficiente para manchar cuatro pañuelos, y que, á pesar de los consejos de la comadrona y del boticario, no lograba cohibirla, por lo cual la criatura se ponía cada vez más amarilla y disminuían á la par sus fuerzas.

Además de estos trastornos, la niña presentaba ya vómitos después de cada mamada, y expulsaba la leche teñida completamente con sangre.

El examen realizado en la niña y en la madre, dió el siguiente resultado: La niña contaba veinticuatro días de edad, era pequeña, bien conformada, sin señales de sífilis hereditaria; su color general era pálido amarillento, había perdido su tejido adiposo, el llanto era débil y corto, los movimientos perezosos; las escleróticas blanco-azuladas, y en su labio inferior presentaba dos excoriaciones fisurarias, de las que brotaba sangre; una de ellas era

central, de 4 milímetros de ancha por 3 de larga, y cerca de la comisura había otra de 1 milímetro por 1 $^1/_2$ con iguales caracteres; reconocida la boca, se la vió llena de saliva pegajosa y sanguinolenta; una vez hecho el lavado bucal, se demostró que de ella no rezumaba la menor cantidad de sangre.

La madre era primípara, joven y bien conformada; sus mamas, pequeñas, daban muy abundante cantidad de leche de buena calidad; sus pezones eran pequeños, poco prominentes, no erectiles por el estímulo de la succión, y se hallaban manchados con sangre, lo mismo que toda la zona areolar.

Cuando nació la niña, la comadrona le agujereó al punto las orejas, y por una de ellas manó bastante sangre, hasta el punto de que se vió obligada á quitar la seda para dominar la hemorragia; ésta era, en su opinión, consecuencia de una debilidad; al propio tiempo que estos vómitos, advirtió que las deposiciones tenían un color gris obscuro en vez del amarillo de antes.

Con todo lo manifestado, respecto al examen del enfermo y con los datos aportados por su observación, anemia acentuada, enflaquecimiento rápido, pérdida abundante de sangre, etc., etc., expuso la gravedad del caso, y que si no podían cohibir pronto la hemorragia y seguir el tratamiento que iba á plantear, cabía la posibilidad de la muerte.

Consideró de gravedad una herida tan insignificante por lo siguiente: 1.°, la escasa edad de la niña y su depauperación; 2.°, la condición de ser hemofílica, originada por la debilidad orgánica de nacimiento y sostenida por la dificultad de su nutrición; 3.°, las dificultades de continuar su lactancia.

La lactancia en este caso se hacía altamente difícil, por la conformación de las mamas, pues cada vez que mamaba la niña, hacía un esfuerzo extraordinario de contracción del orbicular de los labios, para adaptar perfectamente el pezón á su boca; ejecutaba entonces una succión muy fuerte, con el fin de hacer prominente el pezón, de lo cual resultaba un pronto cansancio que dificultaba su nutrición; particularmente al presentarse las excoriaciones, ocurría que al mamar no sólo atraía á su boca la leche de la madre, sino que aspiraba su propia sangre, y como las mamadas se sucedían, repetíase la sangría, como pudo comprobarlo, examinando los vómitos y las deposiciones melánicas. Este estado se mantenía en pié desde hacía cuatro días, tiempo suficiente para perder una cantidad de sangre, bastante para dar lugar á la anemia aguda y grave que sufría tan tierno sér.

Cuanto á la etiología de estas excoriaciones fisurarias, entiende que fueron consecutivas al frío de esta estación, sobre todo en esta edad en que las mucosas son tan friables por su delicadeza, y dados los esfuerzos realizados por la mala conformación de los senos de la madre.

El tratamiento seguido fué el profiláctico y el terapéutico, haciendo que el primero sirviera de coadyuvante al segundo; ordenó á la madre la supresión de la lactancia directa por el pecho, sustituyéndola temporalmente por la cuchara; además recurrió á la compresión y á los hemostáticos; para ello aplicó una pequeña fronda, la cual sostenía una compresa empapada en solución débil de percloruro de hierro; de esta suerte se produjo una compresión constante, al par que la sal de hierro producía el coágulo obturador de los finos vasos; por la tarde del mismo día, renovó el apósito; la hemorragia había disminuído, pero el llanto la reproducía; entonces aplicó una

delgada planchuela de yesca empapada en la solución astringente, algo más fuerte, y aconsejó que procurara evitar el lloro; con este tratamiento se detuvo la hemorragia al tercer día; á los cinco había aumentado el color y alegría de la niña; las deposiciones eran amarillas: indicó á la madre que comenzara á darle leche con biberón de agujeros relativamente grandes para facilitar la succión; á los ocho días la cicatriz era fuerte y de buen aspecto, y recomendó á la madre que le diera el pecho, previa aplicación de pezoneras. Si con estos medios el Dr. Moragas no hubiese logrado su propósito, hubiera acudido á la compresión de las arterias coronarias, mediante unas pinzas de Vidal de Casis, recortando sus dientes.

De la observación de este caso se desprende: 1.°, que toda criatura que nace debilitada, es muy propensa á la hemofilia, y el menor traumatismo en los primeros días de su existencia, puede comprometer la vida; 2.°, en caso de debilidad congénita, es un obstáculo para la fácil alimentación y reparación de energías perdidas, la mala conformación de los pezones de la nodriza, pues aunque las mamas sean abundantes en leche, la criatura no se alimenta, y para lograrlo hace un esfuerzo extraordinario que engendra pronto el cansancio y le obliga á dejar de tetar: para obviar este inconveniente se usarán las pezoneras; 3.°, en los niños de teta debilitados, la menor herida en la boca ó los labios, puede poner en peligro su vida si no se ataja pronto la hemorragia y no se cura la superficie cruenta. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 26 *de Marzo de* 1901.

La fiebre aftosa y su tratamiento.—El Dr. Nocard: La fiebre aftosa es una enfermedad verdaderamente proteiforme. Unas veces es muy benigna y los animales enfermos curan en pocos días sin padecer gran cosa. En otros casos es más grave, suprime la secreción láctea, impide dedicarse al trabajo, produce enflaquecimiento y mata bastantes animales jóvenes. En ocasiones reviste un carácter maligno en alto grado y produce la muerte antes de que tenga tiempo de aparecer la erupción. En otros casos más raros mata repentinamente, sin prodromos, animales que parecían curados de un ataque benigno de la enfermedad.

Esta gravedad tan variable del padecimiento explica las ilusiones de los que alaban los buenos efectos de tal ó cual medicación.

Los tratamientos recomendados hasta ahora no han sido muy eficaces. La cauterización de las aftas con el ácido crómico, recomendada por Jarre, ha tenido gran éxito. Pero basta reflexionar un instante para comprender la

insuficiencia de este tratamiento, que sólo obra sobre algunas de las manifestaciones locales de una infección general. ¿Se dirá que se ha curado el muermo ó los lamparones porque se consiga cicatrizar una úlcera nasal ó cutánea?

Cuando la fiebre aftosa se presenta en un establo, es preciso, para contener sus estragos, adoptar los medios siguientes:

1.° Hacer que adquieran á la vez la enfermedad todos los animales del establo; se consigue esto bañando la boca de los animales sanos con la saliva de los enfermos; los animales contraen así la forma bucal de la infección, la menos grave; de este modo se acorta extraordinariamente la duración de la epizootia.

2.° Someter los animales enfermos al tratamiento higiénico clásico: lavatorios antisépticos de la boca, de las mamas, de las pezuñas, etc.

3.° Utilizar los tubos extractores para vaciar las mamas y hervir la leche antes de destinarla al consumo.

Inyección intraraquidiana de cocaína (método de Bier)—El Dr. J. V. Laborde: Voy á exponer mi opinión sobre las inyecciones intraraquidianas de cocaína. Me ocuparé primero de las condiciones fisiológicas inherentes á la acción propia de la substancia químico-medicamentosa, y después de las que se refieren á su introducción en el organismo.

Los efectos primitivos de hiperexcitabilidad neuro-muscular ó motriz que produce la cocaína, explican el temblor y los fenómenos convulsivos que revisten á veces el carácter epileptiforme.

Esta substancia produce efectos predominantes de analgesia, que al principio están más ó menos localizados en la esfera de la introducción del medicamento, pero que tardan poco en generalizarse.

La generalización consecutiva más ó menos rápida, según el procedimiento de introducción y según las contingencias de la absorción, influye de un modo más ó menos efectivo sobre los principales sistemas funcionales. En la función cardio-respiratoria se observa aceleración é irregularidades, que pueden terminar por fenómenos asfíxicos y convulsivos cuando la cantidad empleada es tóxica. La acción de la cocaína se ejerce en la esfera de los centros nerviosos bulbares. En ocasiones, obra también sobre los centros cerebrales, lo que explica los vómitos, la cefalea, el delirio, etc.

Estos datos permiten comprender el mecanismo de la acción fisiológica y tóxica de la cocaína, tanto en su localización primitiva como en su generalización. Este mecanismo es presidido por dos condiciones esenciales.

La primera, la fundamental, es la vaso-constricción que resulta del contacto inmediato de la substancia con las paredes vasculares y de su penetración intravascular por absorción consecutiva, y del contacto directo con los elementos nerviosos. La vaso-constricción es seguida de vaso-dilatación, que explica ciertos accidentes post-operatorios, por ejemplo, la hemorragia.

Cuanto á la influencia directa sobre el tejido y los elementos nerviosos, sólo puede realizarse por una penetración bastante profunda para que el líquido medicamentoso se ponga en contacto con el tejido de los nervios periféricos ó intraraquidianos.

En las inyecciones intraraquidianas, el líquido cefalo-raquídeo sirve de intermediario y de vehículo á la disolución de cocaína. Conviene que el ope-

rado permanezca en posición vertical para mantener en lo posible la localización del líquido inyectado y sus efectos; aun así, y sin hablar del peligro de la inyección intravenosa, no es posible evitar la absorción intravascular consecutiva y sus efectos. Por el intermedio del líquido cefalo-raquídeo, la substancia medicamentosa llega á la región bulbar y aun á la cerebral, como lo prueba la producción de la anestesia en la zona infra-umbilical y los trastornos funcionales bulbo-encefálicos. Este método es una puerta abierta á los accidentes más graves, porque puede ocasionar la muerte.

Creo, por lo tanto, que las inyecciones intraraquidianas son peligrosas y que es preferible el método de Reclus cuando se utiliza la cocaína para producir la anestesia local.

Los rayos X y el iodoformo.—El Dr. A. Soret: El iodoformo forma en las radiografías grandes opacidades en relación con el peso atómico del iodo. Resulta que aun cantidades pequeñísimas de iodoformo que pasan inadvertidas en las anfractuosidades de una herida, producen en las pruebas radiográficas sombras como si se tratara de cuerpos extraños, lo que puede conducir al operador á interpretar mal los resultados obtenidos. He incurrido una vez en un error de este género al hacer la radiografía de una mano. La fotografía presentaba dos manchitas negras, que hubieran podido atribuirse á la presencia de perdigones. Reconocida detenidamente la herida, descubrí en sus anfractuosidades un granito de iodoformo y un fragmento de gasa iodoformada, causa única de las manchas que presentaba la primera prueba. Otra segunda, obtenida después de eliminado cuidadosamente el iodoformo, careció de dichas manchas. Es preciso que los radiógrafos desconfíen del iodoformo, que se emplea tan á menudo en las curas.

Helmintiasis intestinal, régimen alimenticio y apendicitis en China.—El doctor Laveran: El Dr. Matignon, que ha permanecido varios años en China, dice que los helmintos son frecuentísimos en los chinos y en los europeos que residen en el Celeste Imperio. A pesar de esta frecuencia, jamás ha observado un caso de apendicitis en los chinos.

La rareza de la apendicitis entre los chinos corrobora, al parecer, la opinión de Keen y Lucas-Championnière respecto á la influencia predisponente del régimen de carne en la etiología de la apendicitis.

Los chinos del Norte se alimentan principalmente con substancias vegetales; la carne es un alimento de lujo que sólo pueden procurarse los ricos. La mayoría comen mijo cocido con agua, algo de arroz de mala calidad, patatas, berzas, nabos conservados en sal y ajo. Para el pan utilizan la harina de maíz ó la de trigo, con la que forman una especie de galleta sin levadura. Estos alimentos mantienen el vientre libre.

Para resolver el problema de la etiología de la apendicitis, convendría hacer una información en los diversos países, siguiendo el ejemplo del doctor Matignon. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 27 de Febrero de 1901.

Valor del régimen vegetal. — El Dr. Rosenheim: Aunque el régimen vegetal se puede sostener en ciertas circunstancias, no quiere esto decir que deba adoptarse como el normal. Si los aldeanos se encuentran generalmente bien con él, depende esto de que desde su infancia se han acostumbrado á ingerir mucha cantidad de alimentos. Pero sucede todo lo contrario con las personas que se han criado y educado á la moderna, sin que esto signifique la imposibilidad de que tolerarán regularmente la dieta vegetal en determinados estados morbosos. Sin embargo, aun en estos casos, puede ser sustituído con ventaja el régimen vegetal por otros más sencillos y más convenientes. Yo entiendo que la alimentación vegetal exclusiva, por la poca cantidad de nitrógeno que con ella se ingiere, debilita la resistencia que puede oponer el organismo á las enfermedades infecciosas, é imposibilita á los sujetos respectivos de realizar la cantidad de trabajo que podrían desempeñar con otro régimen más adecuado. Por estas razones en vez del régimen vegetal exclusivo, empleo el régimen lacto-vegetal: la leche, la manteca, los vegetales muy diluídos y bien preparados, los cereales, el arroz, la sémola, los macarrones, los fideos En algunos casos, prescribo también la yema de huevo, por su gran contenido en principios grasos. Las frutas las doy sin hollejo ni hueso, en forma de jalea. De este modo se pueden ampliar muchísimo las indicaciones del régimen vegetal y sostener éste por meses y hasta por años. Yo lo uso también en algunos casos de carcinoma ó de úlcera del estómago, sobre todo cuando hay repugnancia á las carnes. En los catarros crónicos del intestino delgado está contraindicado; en cambio, es muy ventajoso en las afecciones del intestino grueso, desde la simple enteritis cólica hasta los estados disentéricos más graves. Para combatir el estreñimiento, tampoco se puede prescindir de los alimentos vegetales ricos en materia inútil, tales como las frutas sin mondar. El régimen lacto-vegetal, es asimismo útil en los neurasténicos y precisamente por su abundancia en grasas.

El Dr. Grawitz: Como los sujetos á que se refiere Albu tenían muy poco peso, no es extraño que con un régimen vegetal se pudiera sostener en ellos el equilibrio del nitrógeno, y por lo tanto, los resultados obtenidos en sus experimentos no se pueden generalizar. Algunos de los buenos resultados de la dieta vegetal, son debidos, y más aún en las personas nerviosas, á que con ella se evitan los procesos de putrefacción y las intoxicaciones que con tanta frecuencia provoca el régimen de carne. Respecto á la importancia del régimen lacto-vegetal, es harto conocida desde hace mucho tiempo.

El Dr. Sénator: La albúmina vegetal se utiliza también como la animal. Yo también prefiero el régimen lacto-vegetal, que conviene mucho en la enteritis membranosa ó mucosa y en el insomnio nervioso. En realidad, sólo en los Sanatorios es donde se puede emplear el régimen en todo su rigor. Por último, en algunas dermatosis, y sobre todo en la psoriasis y en la fo-

runculosis, he visto obtener con el régimen en cuestión resultados que no desmerecían de los alcanzados con la levadura de cerveza.

El Dr. Schöufeld: El régimen lacto-vegetal es mixto, no puede incluirse en la misma categoría que el régimen vegetal puro. En los ensayos de Hartmann y de Rutgers se vió claramente que los sujetos sufrieron gran quebranto en sus fuerzas ó trastornos en su tubo intestinal. Lo mismo sucedió en un caso de J. Munk. Depende esto de que la albúmina de los vegetales se absorbe mucho peor que la de los alimentos de origen animal. Las pérdidas de nitrógeno aumentan hasta un 50 por 100, y por lo mismo tiene que ingerirse una gran cantidad de alimento. Según Voit, serían necesarios 1740 gramos de pan diarios, cuando lo más que se pueden ingerir son 817. Además de esto sería casi inevitable la monotonía en la alimentación. Cuando este régimen imperaba en las prisiones, era mucho mayor la morbilidad y la mortalidad, y hasta se presentaba en ocasiones el escorbuto, como sucedió en 1854 en Wartenburg. En cambio mejoró este estado de cosas en cuanto se introdujo el régimen mixto. Apoyados en estos hechos, Lippmann y otros han introducido el uso del pescado que ha dado buenos resultados. Los vegetarianos sostienen que hay pueblos que viven con una alimentación vegetal exclusiva, pero esto no es cierto; siempre mezclan algunos principios de origen animal. En la marina japonesa ya se ha introducido el régimen alimenticio europeo, y en el ejército de tierra se hace mucho uso del pescado, á causa de la gran abundancia que hay de él en dicho país.

El Dr. Fürbringer: El ensayo de Albu más bien tiene el valor de un hecho curioso. Hechos observados en ciclistas, demuestran que con el alimento vegetal se pueden obtener éxitos que quizá hubiesen sido mayores con el régimen animal; conviene, además, tener presente que en estas circunstancias la permanencia al aire libre y los esfuerzos musculares son condiciones favorables. En Silesia conozco poblaciones enteras que viven casi exclusivamente con vegetales, pero me guardaré muy bien de sacar de esto conclusiones de carácter general. Al contrario, mejor alimentado estaría el pueblo si no se viese obligado á usar casi exclusivamente alimentos vegetales. Virchow ha demostrado científicamente los peligros del régimen vegetal muy continuado. Yo lo he prescrito á menudo á algunos enfermos; pero en muchos de estos casos, después de un período aparente de éxito, debido tan sólo á la sugestión, han acabado por abandonar el plan bromatológico prescrito. Hay, sin embargo, sus excepciones; tal sucede con la neurastenia de origen sexual y con el insomnio nervioso, en que aún es más útil la disminución del alimento azoado que el exceso del vegetal (Stintzing), sobre todo si se combina con la abstención de alcohólicos. En las curas de adelgazamiento, el régimen vegetal es la cura de hambre que mejor se tolera; pero aun en estos casos, suele ser temporal la mejoría y hay que volver al régimen mixto. Según las observaciones de Heubner, los sujetos flacos se vuelven más robustos con la abstención de carnes y la prescripción de vegetales, porque con un exceso de carnes aumenta también en exceso el trabajo del aparato digestivo y se produce un exceso de compensación. En las afecciones del riñón, gota, etc., el régimen vegetal estricto es hasta peligroso, y el único que procede usar es el lacto-vegetal. Creo, por lo tanto, que

sólo puede pensarse en disminuir la ración azoada, pero no en suprimirla por completo.

El Dr. Arturo Meyer: Otras dos personas y yo hemos estado sometidos á la dieta vegetal catorce días. Cada tercer día se examinaba la acidez de jugo gástrico después de un almuerzo de prueba, resultando de este examen que había aumentado un poco la acidez, lo cual está en armonía con el antiguo dato de que con una alimentación de carne y rica en albúmina, se obtiene la combinación del exceso de ácido que en un principio se forma.

El Dr. Bornstein: Tampoco soy gran partidario del régimen vegetal. El lacto-vegetal se aproxima á la dieta de carne y hasta la aventaja por cuanto la leche alimenta más que la carne. El experimento de Albu, por tratarse de una mujer que necesitaba poco nitrógeno, no tiene aplicación á las circunstancias normales. Los aldeanos de Silesia y de Posen suplen con la leche la poca albúmina de los alimentos vegetales. El régimen de carne, y con esto impugno la opinión de Fürbringer, es algo irritante por contener un 90 por 100 de principios extractivos, y por esto mismo es útil en muchos casos la dieta lacto-vegetal.

El Dr. Ewald: Según Hüppe, los individuos alimentados con carne resisten en los ejercicios de *sport* más que los alimentados con vegetales, contra lo que muchos afirman. Yo no dudo de la posibilidad de alimentarse con sólo vegetales; pero para ello es preciso que posea condiciones adecuadas el aparato digestivo.

El Dr. Hauchecorne: La mayoría de los seres del reino animal tienden á la alimentación azoada; por otra parte, los carnívoros aventajan en fuerza, carácter y condiciones psíquicas á los herbívoros. Aun el mismo caballo se alimenta en ciertas comarcas con insectos, tales como el melolonto y la langosta. Cuando los huevos estaban muy baratos, se empleaban con muy buen resultado en la alimentación de las terneras, y aun hoy en día es mucha costumbre darles huevos á los caballos padres en la época en que han de cubrir á las yeguas, para aumentar su potencia.

El clima no influye en la alimentación tanto como se cree. Aun en los trópicos hay animales carnívoros, y si en los animales predomina el consumo de vegetales, es porque en dichos climas la vegetación es más rica y abundante. Es bien sabido que los animales carnívoros, y en especial los de rapiña, son más inteligentes que los herbívoros, por lo mismo que necesitan más de tales dotes para apoderarse de su presa. Lo mismo sucede entre los insectos, y valgan, como ejemplo, las hormigas. Cuanto á fuerza, también aventajan los animales de rapiña á los herbívoros.

No existe ningún pueblo que se alimente exclusivamente de vegetales, y hay que recordar que, con sólo un cuarterón de queso, se cubre la ración de albúmina necesaria, y que, por pobre que sea un pueblo, mezcla á los vegetales esta substancia, ó bien embutidos, sardinas, tocino ú otros alimentos análogos. Los mismos chinos comen lombrices de tierra, escarabajos, etc., y las tribus de los países salvajes también ingieren insectos, etc., en enorme cantidad. Los habitantes de los trópicos comen tanta carne como los de los climas septentrionales, puesto que ingieren animales enteros. La cantidad de fuerza que puede poner en acción al hombre, depende de la cantidad de carne que puede comer. Por esta razón, los indios de hoy tienen las mismas

fuerzas hercúleas que los antiguos galos y germanos, y los bosquimanos pueden seguir en su carrera á las girafas y á los antílopes. Por otra parte, los animales herbívoros no son todos de condición apacible; así, v. gr., la liebre es un animal villano. De todo lo dicho, resulta que la alimentación azoada es la que influye principalmente en el desarrollo de las facultades intelectuales y de las aptitudes excepcionales de fuerza física.

R. DEL VALLE.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesiones de los dias 11 *y* 25 *de Enero de* 1901.

Tratamiento operatorio de la retroversión y retroflexión del útero.—El doctor *Gebhard* describe un método de *ventrofijación vaginal* del útero seguido por él con buen éxito en cuatro casos. Consiste en practicar la colpotomía anterior, sacar el útero, ligar las inserciones de los ligamentos redondos con largas bridas de catgut que se pasan por el ojo de una aguja curva con mango, mediante la cual se conducen á través de las cubiertas abdominales, por encima de la vejiga, bajo la guía de los dedos introducidos en la cavidad abdominal, y se atan sobre un rollo de gasa; luego se cierra la herida vaginal. El efecto de esta operación es igual al de la histeropexia abdominal, y es verosímil que también será idéntico el resultado definitivo.

En 1896, Günther, de Dessau, con ocasión de una ovariotomía vaginal, fijó el útero á la pared abdominal de un modo parecido, y Kiefer ha probado la ventrofijación vaginal en el cadáver.

El *Dr. Simons* refiere que una obrera de treinta y siete años padecía un prolapso total de quince años de fecha, complicado con cistocele, largo estiramiento del cuello uterino, engrosamiento del hocico de tenca y un desgarro perineo-vaginal de segundo grado. La operación consistió en practicar una incisión en forma de T, desprender la vagina de la vejiga y ésta del útero, abrir el repliegue vesico-uterino muy plano, marcar los puntos de fijación en las cubiertas abdominales, desenganchar leves adherencias perimetríticas, palpar los anexos para averiguar si se hallan en estado normal, sacar adelante el fondo uterino, pasar transversalmente una hebra gruesa de seda, reponer el útero y pasar los cabos de seda á través de la pared abdominal cada uno por su lado de la línea blanca, procediendo siempre bajo la dirección del índice derecho que sigue palpando el borde superior de la vejiga. Hallándose las nalgas colocadas en posición algo elevada, no se llegan á tocar los intestinos.

Este modo de proceder es más sencillo, y acaso también más seguro en cuanto á los resultados definitivos, ya que el útero se fija más en medio del vientre y en una extensión más ancha. Si se trata de un útero muy grande podrá aplicarse otro hilo por debajo, pasándose los dos hilos juntos por la pared abdominal.

Dada la integridad completa (prescindiendo de las punturas para pasar los hilos) del peritoneo parietal, queda problemático por ahora si resulta-

rán bastante fuertes las adherencias utero-abdominales. Probablemente sucederá lo mismo que en otros procedimientos en que las condiciones físicas son análogas, como en el método que el Dr. Czempin recomendó hace años llamándolo *transperitoneal*, y en el cual tampoco se incinde el peritoneo. Convendría saber los resultados definitivos de este método. La técnica del de Gebhard parece sencilla y segura.

El *Dr. Koblanck* dice que ha operado un caso según el nuevo método; la ejecución resultó cómoda, pero fué difícil distinguir entre los pliegues del peritoneo parietal, la pared relajada de la vejiga y los intestinos.

El *Dr. Mackenrodt* opina que para suspender al útero de la pared abdominal, el procedimiento más acertado es la ventrofijación de los ligamentos redondos según Olshausen, método superior á todos los demás, aun el de Leopold. Con todo, siendo la retroflexión una dolencia tan multiforme, sin unidad etiológica, no faltarán ocasiones de poder emplear con ventaja también el método de Gebhard, quien no dejará de darnos cuenta más tarde de sus resultados definitivos.

El *Dr. Czempin* dice que admite que en ciertos casos puede ser tentador operar una retroflexión uterina por la vía vaginal, sobre todo si al mismo tiempo ha de hacerse otra intervención, como operación por prolapso, etc., pero de todos modos, la vía vaginal, siendo mucho menos segura que la ventral para evitar lesiones accidentales, se empleará siempre tan sólo en casos excepcionales. Por esto ha abandonado su llamado método transperitoneal á pesar de haber operado un gran número de casos con buen éxito definitivo, pues en un caso le sucedió no poder sacar en limpio si fijaría el fondo del útero sólo; abrió la cavidad abdominal y encontró extendido sobre el útero el omento flaco y ténue. En vista de esto, y en atención á que la abertura del peritoneo después de la incisión abdominal no aumenta el peligro de la operación y en cambio garantiza la seguridad de la misma, ha renunciado á su método transperitoneal, continuando, empero, el uso de la sonda distendedora del útero para subir este órgano á la incisión abdominal, que debe hacerse lo más pequeña que se pueda. En el método de Gebhard son de temer las lesiones accidentales del omento, de la vejiga ó intestino, y por esto no es probable que tenga aceptación general.

El *Dr. Odebrecht* hace constar que también un Dr. Baum, de Kansas, practicó la ventrofijación desde el lado vaginal pasando desde el interior del útero dilatado y desinfectado, una aguja de mango guiada por el dedo á través del fondo uterino y de la pared abdominal, y dice que no está de acuerdo con Mackenrodt, quien quiere aprovechar tan sólo las inserciones de los ligamentos redondos para la fijación del útero, sino que sutura siempre el fondo, y le consta un número regular de embarazos y partos que siguieron su curso sin novedad.

Siendo la primera condición de toda operación para corregir una retroflexión la de *no ser peligrosa*, y satisfaciendo á esta condición el método laparotómico, el de Gebhard no puede tener aplicación sino excepcionalmente. Si se quiere evitar una cicatriz abdominal visible, puede hacerse la incisión transversal según Küstner, y si á pesar de una sutura exacta de la aponeurosis se teme una hernia ventral, puede practicarse la incisión transversal de la aponeurosis según Pfannenstiel.

El *Dr. Gebhard* replica expresando la esperanza de que su método operatorio será empleado, no ya en casos excepcionales, sino con mucha frecuencia, sobre todo en combinación con otras operaciones vaginales, porque le parece una intervención menos grave que la ventrofijación abdominal.

(*Centralblatt für Gynäkologie*).—G. SENTIÑÓN.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 1.° *de Marzo de* 1901.

Trombosis de los senos de origen otítico. — El Dr. ALB: *Primer caso.* La mujer de veinticuatro años que aquí presento, venía padeciendo desde muy niña de una otorrea bilateral de origen escarlatinoso. Cuando fuí llamado, ya llevaba catorce días de fiebre piohémica con escalofríos. Procedí en el acto á practicar la operación radical, y á los primeros golpes de escoplo me encontré con un pus de olor sumamente fétido, que estaba sometido á una gran presión; una vez evacuado este pus, me fué posible ver el seno que estaba desviado. El antro, que era de pequeñas dimensiones, estaba lleno de masas untuosas y de granulaciones, y lo mismo sucedía con la cavidad timpánica. Después de ejecutada la operación radical típica, puse al descubierto el seno sigmoideo en la extensión de unos 3 y medio centímetros; no se percibía en él ninguna clase de movimiento, y aparecía como un tubo rígido y de mal color. Lo incindí en toda su longitud, lo limpié de los trombus pútridos y de mal color que contenía, y, hecho esto, resequé la pared lateral del seno, sin que sobreviniera una hemorragia lateral. En el curso post-operatorio no hubo la menor novedad, si se prescinde de un aumento de temperatura que se presentó una sola vez.

Segundo caso: El joven de dieciocho años que aquí presento, solicitó mis servicios á causa de una otitis media purulenta y crónica del lado derecho, que estaba acompañada de fiebre piohémica y de escalofríos. En la operación, que procedí á practicar en el acto y que ejecuté por el método típico, comencé limpiando la cavidad del oído medio de las granulaciones que contenía, y extirpé después el martillo y el yunque que estaban cariados, y por último, puse al descubierto el seno sigmoideo en toda su longitud, con lo cual salieron muy pocas gotas de un pus que rodeaba al seno y que provenía de la parte postero-superior, cerca del punto en que dicho seno se dobla en ángulo. El seno mismo no presentaba ningún movimiento respiratorio, con su pared algo alterada en su color, y estaba lleno de sangre. Recordando el peligro de que pudiera entrar aire y también el de la infección eventual de la vena yugular, ligué ésta á nivel del cartílago cricoides, antes de proceder á la abertura del seno. Una vez ligado el vaso abrí el seno, cohibiendo por medio del taponamiento la hemorragia que entonces sobrevino. La herida del cuello la cerré en su mayor parte, mediante la sutura; sólo en el extremo inferior es donde introduje una tira de gasa iodofórmica. La curación experimentó algún retraso, por el hecho de haber sobrevenido una infección secundaria del trombus de la vena yugular que había sido ligada; pero se

consiguió de un modo definitivo, después de incindida la vena y extraído el trombus.

Osteítis deformante heredo-sifilítica. — El Dr. Reiner: En el niño de once años que aquí presento, el examen radioscópico ha demostrado que los huesos, además de hallarse muy engrosados, están encorvados como la vaina de un sable. Este muchacho es el hijo tercero de un sujeto que pretende haber contraído la sífilis dos años antes del nacimiento de su primer hijo. Este último murió á los ocho días de nacer, y el segundo á los siete meses.

Con motivo del caso actual, he de recordar las relaciones que existen entre la osteítis heredo-sifilítica y las inflamaciones deformantes de los huesos que se presentan en el período terciario de la sífilis hereditaria, y también habré de recordar las relaciones que hay entre la osteítis deformante hereditaria sifilítica y la dactilitis sifilítica que se presenta generalmente en el período reciente de la sífilis hereditaria, aunque también puede presentarse como recidiva tardía de la sífilis hereditaria. De todo ello deduzco que las lesiones que se descubren en el caso presente, nos explican la participación de los extremos epifisarios que ya resultaba también del cuadro clínico.

Diagnóstico del estado funcional del riñón. — El Dr. Kapsammer: Sabido es que Achard y Delamare, con el objeto de averiguar el estado funcional del riñón, introducen en el organismo substancias que, según la aptitud funcional del parénquima renal, así se segregan de diferente manera, tanto en su cantidad como en su calidad. Estas substancias son la floridzina y el azul de metileno. En la enferma en que llevé á cabo mis ensayos, el riñón izquierdo estaba muy invadido por un proceso supuratorio; en cambio, el derecho presentaba la misma lesión en un grado mucho menos considerable. A fin de obtener por medio del cateterismo uretérico un doble punto de referencia, combiné las dos pruebas, la de la floridzina y la del azul de metileno, practicando una inyección intramuscular de una disolución acuosa de azul de metileno, que contenía 2 centígramos de esta substancia, y al mismo tiempo una inyección subcutánea de la misma cantidad de floridzina y también en disolución acuosa. La diabetes floridzínica siempre se pudo comprobar á los quince minutos de haber inyectado la floridzina; en cambio, la eliminación del azul de metileno comienza tres cuartos de hora después de haber inyectado esta substancia. Ahora bien, en las seis porciones de orina que se recogieron sucesivamente, se observó siempre que, así como por el lado derecho se eliminaba hasta un 1'1 por 100 de azúcar, en el izquierdo sólo se encontraban indicios de esta substancia. La excreción de azúcar comenzaba en el lado izquierdo dos horas después que en el derecho, y sólo se verificaba en cortísima cantidad. En el lado derecho había una eliminación bien manifiesta de azul de metileno; en el izquierdo no existía semejante eliminación. La cantidad de orina segregada por ambos riñones, era casi igual; mas respecto á la calidad, así como la procedente del riñón derecho, estaba un poco turbia, era de reacción ácida, no contenía mucha albúmina, y en su sedimento existía una gran cantidad de células epiteliales con prolongación caudal, pero ningún glóbulo de pus; la orina del riñón izquierdo estaba muy diluída, contenía pus, bacterias y fosfatos que le daban un aspecto muy turbio, y su reacción era neutra ó alcalina. El hecho de no elimi-

narse azúcar ni azul de metileno por el riñón izquierdo, demostraba que este órgano carecía de parénquima que conservara su aptitud funcional, y por lo tanto, á la vez que el foco purulento, se podía extirpar todo el órgano. Por desgracia, ya había también fenómenos de irritación aguda en el riñón derècho. De todos modos, á continuación de estos ensayos se procedió á lavar la pelvis renal con disolución de nitrato argéntico, y desde entonces disminuyó de un modo notable el pus de la orina.

Como resultado de mis ensayos, creo que puedo establecer la conclusión de que los métodos de exploración de que acabo de hacer mérito, son un factor que en lo sucesivo ya no se puede desdeñar, siempre que se trate de establecer el diagnóstico del estado funcional del riñón.

Diagnóstico de los divertículos esofágicos profundos. — El Dr. Zweig: Este diagnóstico se funda en primer término en la anamnesia, la cual suele ser tan típica en la mayoría de los casos, que basta para hacer sospechar la existencia de una dilatación sacciforme del esófago. Por lo general, se trata de adultos ó de ancianos que refieren haber sentido las primeras molestias en una época bastante remota. Observan estos enfermos de cuando en cuando, cierta dificultad en la deglución de bolos alimenticios voluminosos, que les obliga á comer muy despacio y á mascar mucho los alimentos. Con todo, no tardan en desaparecer estas molestias para volverse á presentar al cabo de algunos meses, y más tarde con mayor frecuencia. Con el tiempo, van acompañadas de cierta sensación de llenura y de tensión en el tórax, y no tarda mucho en observar el enfermo que ya no puede hacer pasar los alimentos al estómago, multiplicando los actos de deglución, sino que tiene que apelar á maniobras especiales para conseguir dicho objeto. Con cada bocado ingiere un gran trago de agua; mientras come, varía la actitud de su cuerpo y comprime el tórax con ambas manos; en una palabra, procura, por todos los medios posibles, vencer el obstáculo que existe en su esófago, aunque sin conseguirlo, puesto que, en medio de golpes de tos, vuelve á expulsar los alimentos que acaba de ingerir.

En este período de la enfermedad, ya es evidente que se trata de una dilatación sacciforme del esófago, pero para conocer las particularidades de esta dilatación, sus dimensiones, situación, etc., hace falta además un reconocimiento que comenzará con el examen de los ruídos de la deglución. Cuando un sujeto sano bebe un sorbo de agua, se oyen junto al extremo inferior del esternón dos ruídos: primero una especie de murmullo que proviene del descenso del líquido y á los seis ú ocho segundos un segundo ruído de estrujamiento que es producido por el paso algo violento del líquido á través del cardias. En los casos de divertículo esofágico, el primer ruído de deglución siempre es normal, en cambio, el segundo falta por completo ó se transforma en un ruído de murmullo muy retrasado y parecido al que produce un líquido al caer en una olla que ya estuviera llena de agua. Es de mucha importancia el cateterismo del esófago, que siempre se debe comenzar con un tubo de lavar el estómago, grueso y blando. En los casos de divertículos profundos sucede lo mismo que en los de divertículos altos; tan pronto no pueden pasar sondas delgadas, como pasan con facilidad sondas gruesas. Si se introducen dos sondas, como quiera que una de ellas penetra en el divertículo y de ese modo cierra su entrada, es seguro que la otra lle-

gará hasta el estómago. El contenido del divertículo es siempre un líquido gris-verdoso que contiene ácido láctico y hongos de levadura, pero ninguna sarcina.

Es de suma importancia el diagnóstico diferencial, entre la llamada dilatación idiopática del esófago y el divertículo. Para ello se han empleado diferentes métodos que tienen algunos inconvenientes y que en parte exigen un instrumental muy complicado. Yo me valgo de un procedimiento que tiene menos inconvenientes y que sólo exige un instrumental muy sencillo. Introduzco en el esófago un tubo ordinario de lavar el estómago, provisto de su embudo; penetrará casi con seguridad en el divertículo. Introduzco entonces otro dispuesto del mismo modo y este segundo, teniendo un poco de práctica, llega con facilidad hasta el estómago. La prueba de que así ha sucedido, no es difícil de obtener; en efecto, ejerciendo cierta presión, se consigue fácilmente que pase contenido gástrico á este segundo tubo, y en caso necesario, practicando la palpación de la sonda, podemos convencernos de que ha penetrado en el estómago. Después de esto, por la primera sonda lleno el divertículo de disolución muy floja de azul de metileno, y en seguida, haciendo descender el embudo de la sonda gástrica, extraigo lentamente dicha sonda y obsérvase que si se trata de una simple dilatación esofágica, al extraer la sonda llega un momento en que ésta pasa por dicha dilatación que está llena de azul de metileno, y por lo tanto, sale por el embudo de la sonda un chorro del líquido azul. En cambio, si lo que existe es un divertículo, al salir la sonda no llega á ponerse en contacto con la disolución coloreada y ni sale líquido azul por el embudo, ni tampoco arrastra el extremo de la sonda el menor vestigio de semejante disolución. Con tan sencillo procedimiento, se consigue por medio de dos simples sondas gástricas establecer el diagnóstico diferencial entre la dilatación y el divertículo del esófago.

También se obtienen en muchos casos satisfactorios resultados con el examen radioscópico después de haber llenado el divertículo con emulsión de subnitrato de bismuto. Por el contrario, la esofagoscopia y la gastro-diafania, son medios auxiliares de diagnóstico que merecen poca confianza.

Como tratamiento, sólo se debe pensar en los lavados diarios y sistemáticos del divertículo seguidos de una loción con disolución de ictiol. La faradización del saco y lo mismo su cateterismo, son completamente inútiles; en cambio, los últimos métodos terapéuticos están indicados hasta en la llamada dilatación idiopática.—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Patogenia y tratamiento del prurito vulvar.—Las causas de la afección, dice el Dr. A. Lutaud, pueden ser genitales (vulvitis, eczema, psoriasis, etc.) ó extragenitales (glicosuria, cistitis, etc.). En ciertos casos el prurito es puramente nervioso, y basta para producirlo una impresión moral cualquiera. La afección es fugaz ó duradera y crónica con remisiones y exacerbaciones

que se presentan de preferencia hacia la época de las reglas. En ocasiones van acompañadas de hiperestesia vulvar y de vaginismo.

Para tratar con éxito el prurito vulvar es necesario suprimir su causa. En los casos agudos están indicados los emolientes, las cataplasmas asépticas, los lavatorios con la infusión caliente de belladona, ó con la disolución de bromuro potásico ó de cloral. Calmado el estado agudo se harán dos lociones diarias con la disolución de sublimado. En ciertos casos es útil la cauterización ligera con el nitrato argéntico. Si están irritados los tejidos se empleará en uso tópico el glicerolado de almidón, preparado con glicerina neutra, adicionado de tanino, calomelanos, ó aceite de enebro al 1 por 50.

En los casos crónicos se practicarán lociones con :

Cocimiento de malvas	1000 gramos.
Agua de laurel cerezo	50 —
Borato de sosa	10 —

Y después, mañana y tarde, se aplicará la pomada siguiente :

Glicerolado de almidón	20 gramos.
Bromuro potásico }	aa. 1 —
Subnitrato de bismuto }	
Calomelanos	40 centígr.
Extracto de belladona	20 —

Como secante después de la micción se usará la siguiente fórmula :

Polvo de licopodio	30 gramos.
Subnitrato de bismuto	10 —
Aceite de belladona	2 —

En las enfermas adultas se espolvoreará sobre la vulva iodoformo. La cocaína es útil en todas las afecciones dolorosas de la mucosa, y en particular en el prurito de la vulva. La anestesia se obtiene por el uso tópico de la disolución de esta substancia al medio por ciento, ó de la pomada al décimo.

(*Revue practique d 'Obst. et de gynecologie*).—F. Toledo.

Tokélan. — El tokélan ó *tiña imbricata* — dice el Dr. Jeanselme — es una dermatosis muy pruriginosa que forma en la piel círculos escamosos concéntricos de regularidad geométrica. Las placas aumentan por progresión excéntrica y concluyen por cubrir el tegumento de dibujos de contornos extraños y policíclicos. Respeta la piel del cráneo y no produce alopecia, pero es en cambio frecuente en las uñas. Esta dermatosis es muy común en la Indo-China. En las escamas existe en abundancia moho. Del tallo de la mucedínea del tokélan nacen ramas esponjosas del tipo del *aspergillus*. La enfermedad es, por lo tanto, una *arpergillosis*. Las esporas contienen un pigmento de tinte amarillo sucio que dan á las escamas del tokélan un color ceniciento especial.

(*Gaz. hebd. de med. et de chirurgie.*). — Codina Castellví.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

TRATAMIENTO HIDROLÓGICO DE LAS DISPEPSIAS HIPERCLORHÍDRICAS

POR EL DOCTOR

D. NICOLÁS RODRÍGUEZ ABAYTÚA

De la Real Academia de Medicina de Madrid

(Continuación).

Gilbert (1), en sus primeros experimentos en un perro con fístula gástrica, encontró que el bicarbonato sódico tenía siempre una acción deprimente sobre el quimismo estomacal, cuya acidez rebajaba «notablemente durante un cuarto de hora, con menor intensidad al cabo de una media hora, para desaparecer transcurridos tres cuartos de hora». En una segunda serie de investigaciones instituídas con el concurso de Modiano (2), en enfermos hipopépticos, el análisis de la papilla quimosa fué hecho en un periodo más avanzado de la digestión, y los resultados obtenidos evidenciaron una acción estimulante del medicamento tomado media hora antes de la comida.

Modiano (3), estudiando de nuevo el asunto mediante el análisis de seis porciones de contenido visceral extraído escalonadamente al curso de la digestión, apreció resultados idénticos á los conseguidos en colaboración de Gilbert. La escrupulosa revisión de sus tres observaciones, recaídas en dos hipoclorhídricos y en un hiperclorhídrico ligero, testifica que la acción depresiva no se manifestó realmente más que cuando se recurrió á las elevadas dosis de 10 gramos, pertenecientes ya á las que traducen la excitación provocada sólo por la saturación de la alcalinidad. En efecto, en este caso ha sido

(1) Gilbert. *De l'action du bicarbonate de soude sur le chimisme stomacal.* (Soc. de biologie, séance du 22 juillet, 1893).

(2) Gilbert et Modiano. *De l'action du bicarbonate de soude sur le chimisme stomacal dans l'hypopepsie.* (Soc. de biologie, séance du 7 juillet, 1894).

(3) Modiano. *Recherches sur l'action du bicarbonate de soude et de l'acide lactique sur le chimisme stomacal des dyspeptiques.* Thèse du doct., Paris, 1894.

necesaria la secreción de más de 4 gramos de ácido clorhídrico para producir la saturación, y nada de extraño ofrece que tan esforzado trabajo paralice la actividad secretoria de un estómago hipopéptico.

A. Mathieu y Laboulais (1) establecieron como conclusiones de su práctica experimental: 1.°, que las dosis de 5 decígramos á 1 gramo tomadas media hora antes de las comidas, parecen sin influjo sensible para la secreción; 2.°, que una dosis de 3 á 5 gramos media ó una hora de antelación á los alimentos, disminuye la secreción. La disconformidad de tales resultados con los conseguidos por Linoissier y Lemoine, encuentran satisfactoria explicación en que la extracción del contenido cavitario se verificó no más que una única vez á los 30′ y 40′ después de ingerido el bicarbonato, ó, lo que es lo mismo, en un momento en que la saturación del ácido por el alcalino enmascaraba todavía el otro fenómeno de excitación: la hipersecreción clorhídrica. Así, cuando más tarde, A. Mathieu, asociado de Hallot (2), realizó sus investigaciones, le bastó retrasar á una hora ó á una hora y media la extracción de la comida de prueba ingerida por un hombre que sólo presentaba como síntomas dispépsicos pesadez de cabeza y quebrantamiento de cuerpo *post prandium*, para advertir que 3 á 5 gramos de dicha sal dados una hora antes del alimento de ensayo, determinaban un marcado acrecentamiento de la secreción clorhídrica.

Para Hayem (3), el agente terapéutico de referencia «tiene, sobre todo, por resultado abreviar la digestión gástrica», y aunque «en los enfermos sometidos á este género de tratamiento, aún empleado á altas dosis, las cifras suministradas por el análisis indican una excitación del proceso digestivo, esto no es más que una apariencia .., nacida del hecho de que el proceso estomacal, habiendo marchado más rápidamente, el máximum de los actos químicos se presenta con mayor prontitud. En realidad, el uso del bicarbonato de sosa rebaja siempre la cloruria y tiende á producir una depresión del proceso estomacal». Innegablemente, la aceleración en el ciclo digestivo podría dar la ilusión de una mayor abundancia en el ácido clorhídrico si el experimentador se contentase con un sólo examen del quimo en el curso de la digestión; pero inspeccionado éste hora por

(1) A. Mathieu et Laboulais. *De l'action du bicarbonate et du citrate de soude dans la digestion stomacale.* (Soc. des hôpitaux, séance du 27 juillet, 1894).

(2) A. Mathieu et Hallot. *De l'action du bicarbonate de soude sur la digestion estomacale.* (Congrès de Méd. de Lyon, séance du 27 octobre, 1894).

(3) Hayem. *Leçons de thérapeutique. Les agents physiques et naturels*, pág. 609, Paris, 1894.

hora, como lo han efectuado Linoissier y Lemoine, la argumentación de Hayem (1) carece de todo valor, y además, debe conceptuarse supérflua, porque en época más reciente el autor, en desacuerdo consigo mismo, asevera que «los alcalinos, y en particular el bicarbonato de sosa, parecen ser el agente provocador más poderoso de la hiperclorhídria típica»

Finalmente, Reichmann (2) ha emitido la opinión de que el bicarbonato sódico no ejerce ninguna acción ni estimulante ni depresiva sobre la función química del estómago. El estudio crítico de los experimentos de este insigne gastrólogo permite ver que no son tan convincentes como él los supone para legitimar sus proposiciones negativas. La exploración ha sido siempre única, practicada en general prematuramente—hasta 10′ después de la ingestión— y sin ensayo en el mismo enfermo del efecto de las dosis variables del fármaco, empleado de ordinario á la dosis mínima de 5 decígramos, y por excepción, á la de 1 á 2 gramos. La reunión de las enumeradas condiciones imposibilitan la apreciación del estímulo inmediato del bicarbonato sódico é imprimen una apariencia engañosa de nulidad de acción sobre la secreción gástrica.

Todo lo precedentemente expuesto demuestra que, á compás del acúmulo en las observaciones y de la unificación en el detalle de la técnica experimental, las conclusiones de los diferentes investigadores convergen á confirmar los asertos expresados por Linoissier y Lemoine (*l. c.*, pág. 491) bajo la siguiente forma de teorema: «La acción inmediata del bicarbonato de sosa sobre la secreción gástrica es esencialmente excitante á cualquier dosis que se emplee..., manifestándose al máximum cuando se administra una hora antes de la comida..., y obteniéndose la mayor proporción de ácido clorhídrico en el jugo gástrico tanto más tardíamente cuanto más fuerte ha sido la dosis del medicamento».

Comprobada rigorosamente, como en la actualidad lo está, la acción excitadora del bicarbonato sódico sobre la actividad glandular del estómago, su uso terapéutico entraña peligros indudables que exigen presida á su prescripción mesurado raciocinio. Cuando la hiperclorhídria fué declarada entidad autónoma del grupo de las

(1) Hayem. *De la hyperchlorhydrie par saturation alcaline.* (Soc. méd. des hôpitaux, séance du 15 avril, 1898).—*Sur la gastralgie.* (Jour. des practiciens, n.° 23, junio 1898).

(2) Reichmann. *Ueber den directen Einfluss des doppdskohlensäuren Natrons auf die Magensaftsecretion.* (Thérap. Monats. marzo, 1895).

dispepsias, y cuando se apreciaron los efectos analgésicos inmediatos de las altas dosis de la citada sal alcalina, el entusiasmo de algunos médicos les impulsó á no titubear en considerarla como el decisivo remedio, el específico de dicha gastropatía. Desmoronada en el día toda base sobre qué cimentar este irreflexivo entusiasmo, no se concede al bicarbonato de sosa virtudes mayores de las de un medio paliativo precioso, es cierto, pero puramente paliativo. Si en el momento de las crisis dolorosas de la dispepsia hiperclorhídrica calma como por encantamiento los sufrimientos, porque, saturando la hiperacidez, suprime la causa misma del dolor, transformando casi en indolente uno de los procesos morbosos más cruelmente mortificantes, hay, no obstante, que tener muy en cuenta que en absoluto no posee ninguna influencia sobre el *primum movens* de la enfermedad : el desequilibrio en la regularización con que el sistema nervioso gobierna la funcionalidad del ventrículo abdominal. Los hiperclorhídricos pueden tomar durante años enteros hasta 10 ó más gramos diarios de bicarbonato de sosa sin que sea modificado el curso evolutivo del padecimiento, y, por el contrario, este prolongado empleo del medicamento puede exasperar más la irritabilidad de la mucosa gástrica y desempeñar el papel de leña arrojada sobre el fuego ; lo cual, si bien no lo excluye del arsenal terapéutico de la hiperclorhídria, obliga á adoptar una táctica que tenga ya determinada la preferencia : del momento de su ingestión, de las dosis á que debe administrarse y del tiempo de duración de la medicación ; condiciones que á ninguna puede darse cumplimiento con el empleo de las aguas minero-medicinales bicarbonatado sódicas, según se verá á continuación.

En espera de que los médicos directores de baños nos comuniquen las enseñanzas de sus experimentaciones acerca del efecto de las diversas aguas minerales sobre la bioquímica del estómago, los trabajos iniciados en este sentido por los hidrólogos franceses, acusan que las aguas de Vichy exageran la función clorhídrica de una manera igual á como lo hace el bicarbonato de sosa. Los documentos hasta la fecha coleccionados allende el Pirineo por la Comisión de aguas minerales de la Academia de Medicina, autorizan á enunciar como regla general que las aguas fuertemente mineralizadas, como lo son las bicarbonatado-sódicas y las bicarbonatado-sulfatado-sódicas, tomadas en bebida, aumentan el ácido clorhídrico libre del jugo gástrico, acción que en principio las contraindica en las dispepsias hiperclorhídricas.

A pesar de que nuestros manantiales bicarbonatado-sódicos no contienen tan crecida proporción del factor preponderante de mineralización como las distintas fuentes de Vichy — Celestins 5gr.103, Chomel 5gr.091, Hôpital 5gr 029, Grande-Grille 4gr.883, etc. — sin embargo, también quedan incluídas dentro de la regla prohibitiva. Siendo su riqueza en bicarbonato sódico, en los más frecuentados por los dispépsicos, la siguiente:

MANANTIALES	$NaHCO^3$ por litro.
Mondáriz	2gr.,284
Caldas de Malavella	2 ,084
Marmolejo	1 ,890
Verín	1 ,841

y dada la práctica habitual, uniformemente adoptada en todos ellos, de prescribir una cantidad de 600 á 800 gramos de agua, repartida en tres ó cuatro vasos de cabida de 200 gramos, bebidos con intervalos de un cuarto de hora de uno á otro, por la mañana en ayunas, media ó una hora antes del desayuno, y repetida en idéntica forma la misma dosis, una ó dos horas antes de la comida del medio día, resulta que el enfermo ingiere el bicarbonato á la dosis y en el momento más decisivamente propicio para desplegar su acción excitante inmediata. Que esto no constituye una ideal deducción teórica, lo prueba el que el laboratorio pone ante la vista con la abrumadora elocuencia de las cifras que, en los hipopépticos, el quimismo gástrico se mejora, por acrecentamiento del ácido clorhídrico, bajo la influencia de pequeñas dosis de bicarbonato de sosa, administradas en la media hora que antecede á las comidas.

Tomando por base las experimentaciones realizadas en sujetos lesionados de fístula estomacal, se ha evaluado en 300 gramos la cantidad de jugo gástrico segregada por hora, de suerte que admitiendo la limitación al período digestivo, se ha considerado la secreción cotidiana media como equivalente á 4 ó 5 litros. La neutralización de 1 gramo de ácido clorhídrico reclama 1gr.47 de bicarbonato de sosa; de donde el que para alcalinizar 1 litro de jugo gástrico con una acidez de 3 por 100, se necesite en número redondo 4gr.50 de la citada sal, siendo precisos 22gr.50 de la misma para neutralizar 5 litros de jugo gástrico. Efectivamente, las dosis de 15 á 20 gramos y aun más se han necesitado para llegar á conseguir el resultado perseguido, es decir, la saturación del ácido y subsiguientemente la sedación de

los dolores. No obstante la conspicua notoriedad de Debove (1) y de Huchard (2), promovedores de esta medicación intensiva, sería equivocado aconsejar la imitación de su conducta.

«Como se separa de lo normal el que sea alcalino el jugo gástrico, la mucosa lucha contra esta alcalinidad, activando enérgicamente la secreción clorhídrica, y si la dosis de bicarbonato sódico no es demasiado considerable ó incesantemente renovada para que el poder secretorio de la glándula gástrica concluya por aniquilarse, hay producción de una cantidad exagerada de ácido clorhídrico» (A. Mathieu) (3), y, por tanto, favorable probabilidad de acelerar, por el concurso del medicamento, la marcha de la hiperclorhídria intermitente hacia su estabilidad permanente. La terapéutica registra ejemplos numerosos de que la reincidencia en una excitación aún moderada puede acarrear en pos de sí una sobreactividad persistente; fenómeno al que sin duda obedece el mecanismo con que el bicarbonato sódico restituye la acidez en los casos de hipoclorhídria. Empero, como es de indispensable perentoriedad saturar el estómago para suprimir el dolor é impedir el ulterior desarrollo de la gastritis preparadora de la autodigestión con sus nefastas secuelas, se preferirán, á este efecto, los alcalinos térreos, ineptos para excitar dinámicamente la función secretoria é incapaces de suministrar al organismo abundosa provisión de la primera materia de que se sirve precisamente para la elaboración del ácido clorhídrico. El cloruro sódico en que se transforma el bicarbonato en el estómago se absorbe, y devuelto por la circulación al punto de partida, se disocia allí de nuevo; el cloro recupera sus afinidades de predilección y se combina con el hidrógeno, recobrando también las suyas el sodio uniéndose al oxígeno. Estos saturadores, insolubles en el agua y que no pueden ser atacados más que por los ácidos, tienen la ventaja de no rebasar el objeto de su destino, y, por consiguiente, no sobreestimular, como el bicarbonato de sosa, el trabajo de las glándulas acidó-

(1) Debove et Rénault. *Ulcère de l'estomac*, págs. 195-205, Paris, 1892.

(2) Huchard. *La pseudo-gastralgie hyperchlorhydrique, son traitement par les alcalins à haute dose.* (Bull. et mémoir. de la Soc. de thérap., t. xvii, págs. 75 á 89, 1890). — *La dyspepsie hyperchlorhydrique et son traitement.* (Journ. des practiciens, n.° 51, decembre, 1892). — *Traitement des dyspepsies et des pseudo-dyspepsies hyperchlorhydriques*, in *Les mementos thérapeutiques des practiciens*, publiés sous la direct. de Huchard, t. ii, págs. 110-23, Paris, 1892. — *La dyspepsie hyperchlorhydrique et son traitement.* Eodem loco, t. iv, págs. 145-54, Paris, 1894.

(3) A. Mathieu. *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, pág. 417, Paris, 1901.

genas. Ingeridos lo más tardíamente posible después de las comidas, en el momento en que el enfermo advierte la especie de aura anunciadora de que va á estallar la crisis hiperestésica, y fraccionando las dosis en porciones tomadas de hora en hora ó más retrasadamente, se logra precaver toda eventualidad de acción nociva.

Con la perseverancia en el empleo del bicarbonato de sosa se supuso que se obtendría, por efecto lejano, una atenuación de la hipersecreción clorhídrica, en virtud de una mayor alcalinización de los medios líquidos del organismo; pero el análisis químico del contenido estomacal patentiza que, aunque la desaparición de los fenómenos dolorosos induzca á conceptuar como curados los enfermos, la clorhidrización mantiene su subido nivel. Los novísimos estudios auto-experimentales llevados á cabo por Joulie (1), acreditan que el uso sostenido del bicarbonato de sosa á altas dosis, «lejos de oponerse á la consunción que vendrá á terminar la desdichada existencia del dispépsico así tratado, no hace, á la inversa, más que apresurar su marcha..... La hiperclorhídria tiende á sobrealcalinizar la sangre..... A cada molécula de ácido clorhídrico rezumado en el estómago, y que es fabricado por las glándulas acidógenas no más que á expensas del desdoblamiento del cloruro de sodio sanguíneo, corresponde forzosamente una molécula de sosa que queda en la sangre en estado de bicarbonato..... En el proceso digestivo fisiológico, el bicarbonato de sosa resultante de esta reacción es utilizado para la formación de las secreciones alcalinas, saliva, bilis, jugo pancreático, jugo intestinal, que todas, vertiéndose en el intestino, encontrarán al ácido clorhídrico combinado á las albúminas y lo restituirán la sosa que contiene á medida que la peptonización de las cloro-albúminas ó sintoninas lo pongan en libertad..... Pero en la hiperclorhídria, las cantidades de bicarbonato sódico correspondientes al ácido clorhídrico producido por las glándulas estomacales, siendo excesivas, no pueden utilizarse más que parcialmente por las secreciones alcalinas, y la sangre acentúa su alcalinidad de una manera correlativa y sensiblemente proporcional á la hiperacidez del estómago....., llegándose así al anormal aumento en su proporción de bicarbonatos y fosfatos alcalinos....., que buscando su eliminación por los riñones, determinan la alcalinidad de las orinas». «Los depósitos fosfáticos y la presencia habitual en las orinas de carbonatos alcalinos, características urológicas de la hipersecre-

(1) Joulie. *Urologie practique et thérapeut. nouvelle*, págs. 186-88, Paris 1901.

ción gástrica en adelantada evolución....., adquieren mayor frecuencia y más grande intensidad en los enfermos que hacen uso del bicarbonato de sosa para calmar sus crisis dolorosas....., é indican una sobrealcalinización de la sangre, con formación continua y exagerada de ácido clorhídrico» (A. Robin, *l. c.*, págs. 215-16).

Los alcalinos térreos, incapaces, según ya he anotado, de fomentar la hipersecreción clorhídrica, poseen también, desde el punto de vista de su efecto lejano, la ventaja de, en vez de cooperar á la decadencia nutritiva, mejorar y fortalecer la nutrición nerviosa, siempre más ó menos comprometida en la gastropatía de que me vengo ocupando. Partiendo de las investigaciones de Gaube (1) sobre el suelo mineral del organismo, y de las de A. Robin (*l. c.*, pág. 170) sobre la patología de la desmineralización orgánica, se debe considerar al magnesio y sus compuestos como los estimulantes ó, por mejor decir, los tónicos minerales de la nutrición del sistema nervioso. Absorbida, bajo la forma de cloruro, una pequeña cantidad de magnesia ingerida, preside á los cambios de la célula nerviosa, de la célula espermática y de la célula muscular, constituyendo una de las dominantes minerales del hombre, después de la cal, después del ácido fosfórico, y alcanzando un peso que está fuera de la proporción del peso de la magnesia de los animales en general; lo cual confirma sus cualidades completamente especiales, adecuadas á las dos funciones características del hombre, expresadas, la una por Descartes en su famoso *Cogito, ergo sum;* y la otra por la espiritual baronesa de Stäel: *el hombre es un animal capaz de hacer el amor en todo tiempo;* y ambas sintetizadas por Gaube (2) en el siguiente postulado: «el magnesio parece ser el metal de la actividad vital en lo que la vida tiene de más precioso y más elevado; la creación del pensamiento y la reproducción de la especie».

Por las consideraciones hasta aquí desarrolladas se comprende clarievidentemente que la medicación alcalina, tan simple en apariencia desde el punto de vista de su concepción química, es en realidad compleja, difícil y á veces insidiosa en sus aplicaciones prácticas. La clínica sanciona en la actualidad que administrada en la forma de aguas bicarbonatado-sódicas, casi no puede esperarse de

(1) Gaube. *Sol animal. Sol des arthritiques (nutrition retardante). Sol des tuberculeux. Amendements ou thérapeutique.* (Bull. gén. de thérap., t. cxxx, 4.° et 5.° livraison, 1896).—*Aperçu sur la minéralisation urinaire.* (Eodem loco, t. cxxxv, 7.° livraison, 1898). — *La minéralogie biologique. Ses applications thérapeutiques.* (Journ. des practiciens, n.° 10, mars, 1901).

(2) Gaube. *Cours de minéralogie biologique.* 1.er serie, pág. 118. Paris, 1899.

su uso otra acción que la del estímulo del aparato glandular gástrico propia de las pequeñas dosis del bicarbonato de sosa tomadas antes de las comidas, y de exclusiva aprovechable utilidad en los hipoclorhídricos.

Esta conclusión, que terminantemente proscribe las aguas bicarbonatado-sódicas en el tratamiento de los dispépsicos hiperclorhídricos, nada pierde de su positiva exactitud aceptando, como de buen grado acepto con Linoissier y Lemoine (*l. c.*, pág. 503), que «la sensibilidad á la acción del bicarbonato de sosa está en razón inversa de la riqueza de la secreción estomacal en ácido clorhídrico»; atenuante que queda desvirtualizada ante el hecho de que las aguas minerales, superando á las más sabias combinaciones de la farmacia, presentan al organismo el medicamento de tal suerte reavivado en sus cualidades, que «hacen más fácil la alcalinización de los humores y producen, á dosis alcalina igual, efectos más marcados que la administración del bicarbonato de sosa» (Hayem) (1).

(Concluirá).

TÉCNICA OFTALMOSCÓPICA

POR EL

DOCTOR D. ALBERTO RAMÍREZ SANTALO

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.

No escribimos estas líneas para los que conozcan el manejo de oftalmoscopio; las dirigimos, por el contrario, á aquellos médicos que, desconociendo su uso, á la vez que desean subsanar las deficiencias de nuestra enseñanza oficial, creen que la práctica de aquel medio exploratorio está rodeada de dificultades insuperables; así opina algún eminente autor (2), y esa ha sido nuestra manera de pensar durante muchos años, creyendo que sólo la permanencia prolongada en clínicas de esta especialidad sería capaz de triunfar de las dificultades de semejante aprendizaje. Por fortuna no es así, y sin maestro, ni enfermos, ni otro arsenal que un sencillo oftalmoscopio,

(1) HAYEM. *Leçons de thérapeutique. Les medications.* 4.e et dernier serie, pág. 582, Paris, 1893.

(2) «La enseñanza de la técnica oftalmoscópica debe ser del dominio de la instrucción práctica». Fusch, *Tratado de las enfermedades de los ojos*, tomo I, traducción del Dr. Cebrián.

puede todo el que quiera en algunos meses, aprender á conocer lo más saliente de lo que ocurre detrás de la cámara anterior, barrera infranqueable para el que no haya utilizado el reflector y la lente.

Por lo que á nosotros toca, hemos de confesar han concurrido dos circunstancias que nos han hecho relativamente fácil el procedimiento que nos ocupa, y que no debemos omitir. Es la primera, la eficacísima ayuda que nos ha prestado el competente oculista y buen amigo nuestro, Dr. Cortés, el que además de sus valiosos consejos, nos ha permitido utilizar el numeroso contingente de enfermos de su acreditada Clínica; á él debemos íntegramente la enseñanza de la técnica oftalmoscópica, y á él pertenece cuanto vamos á decir, siendo de justicia le expresemos nuestro reconocimiento. La segunda circunstancia favorable á que nos referíamos, es la facilidad que encontramos para enfocar por nuestras aficiones oto-rino-laringológicas y el número de reconocimientos que de enfermos de esta última especialidad hacemos á diario.

El que no se encuentre en las favorables condiciones en que nosotros nos hemos hallado, esté seguro, no por ello dejará de triunfar si tiene constancia con que suplir la falta de tan importantes elementos. Expongamos el procedimiento que nos fué recomendado, y que aconsejamos con entusiasmo, seguros de su buen éxito, enumerando antes cuanto es necesario para su ejecución.

Es lo primero que debemos disponer un foco de luz cualquiera, y lo más importante de toda la exploración, el enfocar bien, y para conseguirlo el que no tenga hábito de ello, debe ejercitarse, proyectando los rayos luminosos sobre un objeto, hasta lograr iluminar claramente un punto determinado del mismo, alcanzando en algunas sesiones la práctica necesaria. Es preciso, además, un conejo que hemos de inmovilizar, sirviéndonos perfectamente para tal objeto el sencillo aparato que nos proporcionó el Dr. Cortés: se reduce á una caja de zinc de forma alargada, de unos 35 centímetros de longitud y de anchura bastante á permitir la colocación del animal, con amplia abertura en su parte antero-inferior, la que corresponde al hocico, para permitirle la respiración, y otras dos laterales para que queden al descubierto los ojos; una especie de compuerta que se desliza en dos ranuras, que en su parte anterior (correspondiendo al cuello) tiene la caja y que se sujeta con un pasador de alambre, fija al animal. Dado el objeto del aparato, del que hemos dado una incompleta idea, se comprende puede sustituirse con el medio que á cada cual le sugiera su ingenio.

Inmovilizado el conejo, por el medio que sea, y colocada la luz en un plano posterior á la cabeza del animal y aproximadamente en el mismo plano horizontal que el ojo del observador y el que se va á examinar (1), se dirige el rayo de luz á la córnea por medio del reflector, sobre la que debe caer casi perpendicularmente, aproximando ó alejando de esa membrana el espejo, á la vez que se varía ligeramente su dirección, hasta lograr ver el interior del ojo de un color rojo claro, uniforme ó con estrías, reveladoras de los vasos; basta entonces colocar la lente con la mano que está libre cerca de la córnea, de la que se va retirando muy paulatinamente hasta ver con toda claridad uno ó más vasos sanguíneos. La expuesta es la parte más importante, la fundamental, y por ello vamos á mencionar las causas que dificultan ó impiden su ejecución en las primeras sesiones: la más frecuente es, sin duda alguna, la desviación de los rayos luminosos de la córnea por los movimientos que inconscientemente, y al colocar la lente, imprimimos al reflector, y que suprime la iluminación de aquella membrana; otras veces son los reflejos que á menudo se producen los que impiden ver, siendo necesario en ambos casos separar la lente y rectificar la dirección del foco de luz, repitiendo este proceder hasta lograr ver con toda limpieza algún ramo sanguíneo, conseguido lo cual, el examen de la papila se consigue fácilmente; basta para ello imprimir ligeros movimientos de rotación á la lente ó seguir la dirección de alguno de los vasos que tengamos en el campo visual, y de ambos modos llegaremos seguramente á verla.

Suele ocurrir, en las primeras investigaciones, el tomar un reflejo ó una opacidad cualquiera por la papila; pero basta tener presente, para evitar la confusión, la forma redondeada ú oval que afecta, su color, amarillento ó gris rojizo, sus dimensiones, de unos cinco milímetros (nos referimos á la imagen), la disposición de los vasos, arteria y venas, y sobre todo esto la limpieza con que se destaca y su típico aspecto, que no consienten el error. Y aunque en varias sesiones no se haya alcanzado ver, no por eso debe desanimarse el observador, pues ocurre á veces el que se nos presenta en el examen que menos confianza nos inspire á nuestros propósitos. Así me suce-

(1) Es necesario, en todos los casos, practicar previamente el examen del ojo á la luz oblicua y con el espejo para determinar su transparencia, siendo fácil alcanzar la razón de semejante procedimiento. Para más detalles, véase el *Atlas-Manuel d'ophtalmoscopie*, de Haab, edición francesa de Terson y Guenod, cuyas láminas, reproduciendo el fondo del ojo en las diversas enfermedades que aqueja, facilitan mucho esta enseñanza.

dió, después de varios días de exploración, en distintos enfermos, al examinar una mujer, en la que sólo apreciaba algunos vasos; al ejecutar un pequeño movimiento se nos apareció la papila, sorprendiéndonos la claridad con que se destacaba, á pesar de tratarse de un fondo normal, siéndonos posteriormente muy fácil el encontrarla en el conejo cuantas veces lo deseábamos.

Una vez conseguido ver el fondo del ojo del conejo, nada más fácil que observarlo en el hombre; se invita al enfermo á mirar hacia adentro y arriba, y hasta que se adquiera la educación necesaria, dilatar previamente la pupila, asegurándonos antes de la falta de síntomas glaucomatosos, para evitar al enfermo graves consecuencias.

Logrado el conocimiento del empleo del oftalmoscopio, la adquisición de detalles, la investigación de las ligeras lesiones, el perfeccionamiento, en una palabra, es obra del tiempo.

Y termino con lo expuesto, ya que ni tengo otros conocimientos respecto á este grupo de dolencias que los muy escasos que he podido adquirir en un breve período de tiempo que me ha sido dable dedicar á esta rama de nuestra profesión, acaso la más importante, ni es mi propósito otro que el de facilitar el logro de sus deseos al que, con el nobilísimo y plausible de instruirse, anhela adquirir conocimientos que con esplendidez debiera proporcionar el Estado, en bien de la humanidad y de la ciencia, y para borrar lagunas de métodos de enseñanza que con urgencia piden ser reformados.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.

I. Cartilla del practicante de Regimiento.—Conferencias dadas en el de Caballería de Farnesio, por el médico del mismo D. José Gonzáles García. — Segunda edición, 1900.

II. Contribución al estudio de la tuberculosis, por D. F. Miguel Montero, Subdelegado de Sanidad y Veterinario municipal de Madrid, 1900.

1

Es un libro muy bien pensado y muy bien escrito, donde el autor expone todos los conocimientos que deben adquirir los practicantes

de Regimiento, para llegar á ser valiosos auxiliares del médico militar en las múltiples incidencias de su cargo.

Claro está que sólo se trata de nociones muy superficiales capaces de ser aprendidas sin ningún género de preparación, y por inteligencias poco cultivadas; pero están expuestas con tanta precisión y claridad, se ha seguido al enunciarlas un orden tan natural y tan bien calculado, se ha hecho una selección tan rigurosa de todo lo útil, ó mejor dicho, de todo lo indispensable, y se ha simplificado, en fin, de tal manera el estudio de las intervenciones quirúrgicas y de los tratamientos farmacológicos más elementales, que bien puede considerarse esta obra como tipo y modelo de todas las de su clase, no sólo por la diversidad de asuntos de que se ocupa, sino también por la gran importancia y utilidad de los mismos y por el particular acierto con que han sido tratados.

El capítulo primero se halla dedicado al estudio de las nociones más indispensables de Anatomía humana, comenzando por la descripción de la cuadrícula topográfica; el segundo, comprende algunas ideas fundamentales de fisiología; el tercero, los elementos más necesarios de patología general, sobre todo en cuanto se refiere al tecnicismo médico, á la apreciación de los síntomas y al examen de los enfermos; el cuarto, todo lo concerniente á la manera de hacer las curas y de preparar ó colocar los apósitos y vendajes; el quinto, los conocimientos más precisos de terapéutica farmacológica; el sexto, cuanto se refiere á la indicación y práctica de ciertas operaciones quirúrgicas (taxis, cateterismo, hemostasia, extracción de cuerpos extraños, etc., etc.); el séptimo, la descripción abreviada de los traumatismos y accidentes morbosos que más á menudo pueden presentarse entre la tropa, con indicación especialísima de los primeros auxilios que conviene prestar en cada caso; el octavo, una compendiada exposición de la sintomatología y terapéutica de las intoxicaciones y de la asfixia; el noveno, unas instrucciones muy completas sobre los servicios sanitarios en tiempo de paz, y el décimo un estudio también muy bien pensado del servicio sanitario de campaña.

Después de lo expuesto, sólo nos resta hacer fervientes votos porque la cartilla del Sr. Fernández García se generalice entre las clases de tropa que prestan el servicio de practicantes en nuestros Regimientos, pues de ello han de obtener gran beneficio, no sólo estos mismos improvisados sanitarios, sino también los médicos y los enfermos.

II

Se trata de un discurso pronunciado por el autor al inaugurar el Curso académico de 1900 á 1901 en el Fomento de las Artes.

Claro está que, dirigiéndose á un público desprovisto en su inmensa mayoría de conocimientos médicos, el Sr. Montero no podía presentar en su disertación novedades científicas de ninguna clase; pero el referido trabajo constituye, por lo menos, un poderoso esfuerzo para difundir y vulgarizar los más importantes preceptos de profilaxis antituberculosa, y con esto sólo basta para que el distinguido veterinario municipal de Madrid se haya hecho acreedor á nuestro más sincero aplauso.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 30 *de Marzo de* 1901.

Mónstruo doble parasitario, acefaliano, xifópago.—El *Dr. Gutiérrez* presentó los llamados *fenómenos indios*, naturales de Madrás, ó sean, un enano de veinte años de edad, que mide 80 centímetros de altura y cuyo cráneo tiene 62 centímetros de circunferencia (cosa notable en su especie), y un *mónstruo doble parasitario acefaliano*, que es curioso por modo extraordinario, y más notable por la edad. Compónese este *mónstruo* de dos individuos del sexo masculino, de los cuales, el uno, que hoy cuenta dieciséis años de edad, alcanzó su desarrollo embrionario perfecto y ha seguido con regularidad todas sus funciones hasta la fecha, si bien su organismo no es tan robusto como corresponde á su edad, á consecuencia del gasto de vida que tiene que hacer en beneficio de su hermano gemelo á quien lleva unido á su cuerpo, al nivel del apéndice xifoides. Este gemelo, que es el verdadero parásito, no tiene cabeza, ni columna vertebral, ni médula, y sólo se compone de un apéndice á modo de cuello por donde se adhiere al pecho de su hermano, bien conformado; tiene dos brazos deformes y con desarrollo proporcional á la edad, que terminan en dos manos con cuatro dedos cada una, recordando los dedos simios; además de su vientre y pelvis, de la que arrancan los muslos, piernas y piés, fuertemente doblados y anquilosados, ofreciendo bastante desarrollo sus órganos genitales. Este parásito crece á expensas del hermano bien conformado y las sensaciones en aquél despertadas, las recibe y aprecia éste.

El Dr. Gutiérrez explicó ante la Academia el origen y modo de formación de estos mónstruos y manifestó que éste era un ejemplar rarísimo y digno de ser estudiado.

El cinamato de sosa y el ácido cinámico en el tratamiento de la tuberculosis. — El Dr. Espina: Señores Académicos: la segunda comunicación que me propongo hacer á la Real Academia, despierta en mi ánimo gran interés, por tratarse de una afección que, á no tomar pronto remedio en España contra ella, será entre otras muchas causas la principal del agotamiento de la raza española. Se trata de la tuberculosis, como habéis podido comprender.

Hace dos años, en 1898, empecé á plantear en España, y en mi clínica hospitalaria, el tratamiento estudiado por Landerer, médico militar prusiano, en la tuberculosis quirúrgica y médica por el cinamato de sosa y el ácido cinámico. Las dificultades que al principio de este tratamiento se opusieron á su desarrollo é implantación, por creer Landerer que era necesaria la inyección intravenosa, operación bastante arriesgada y difícil para operación cuotidiana ó bisemanal, cuando menos, retrasaron el advenimiento á la terapéutica ordinaria del cinamato de sosa en la terapéutica de la tuberculosis.

Ansiábamos todos, y seguimos ansiando — pues no creo que el cinamato de sosa haya realizado el ideal —, un tratamiento patogénico de la tuberculosis. Desde el descubrimiento de Koch, que basaba la etiología en un concepto claro y determinado que individualizaba la tuberculosis y la arrancaba de aquel maremagnum de tisis en que estaba englobada, confundiéndose con las caseificaciones pulmonares y las tisis de otros géneros, la clínica dió un paso grandísimo, puesto que todas aquellas manifestaciones medico-quirúrgicas que determinaban la presencia del bacilo de Koch en la economía, vinieron á una síntesis brillante de una sola enfermedad, con variedad y multitud de síntomas que la modifican, más que por el elemento etiológico, por el elemento de asiento, de localización de órgano invadido por este parásito.

De tal manera se avanzó en este camino, que las meningitis tuberculosas, las peritonitis tuberculosas y las artropatías y tumores blancos, adquirieron un concepto verdaderamente racional y científico en el campo de la clínica, y ya los cirujanos, por diversos métodos y por resecciones casi todos, sabiendo que era una enfermedad local que se generalizaba más tarde ó temprano, pudieron hacer un tratamiento brillantísimo, cual es el que informa la cirugía moderna de los tumores blancos.

Desde las resecciones de los tarsianos, las artropatías de la rodilla y de las articulaciones más grandes ó más pequeñas, cayeron completamente bajo la cuchilla del cirujano; pero los médicos andaban en busca de un tratamiento patogénico para curar la tuberculosis interna.

El trabajo de Koch de la tuberculina 1.ª, y tuberculina R, aun cuando considerado como un fracaso clínico, pero siendo un éxito científico, determinaron en la terapéutica de la tuberculosis un punto de vista completamente nuevo, trayendo al campo de la terapéutica un elemento de nuestro organismo, completamente nuevo también. Se trataba del estudio del estado de los vasos pequeños, no ya de los capilares, sino de los vasos que pudiéramos llamar anti capilares en la tuberculosis, para buscar el tratamiento

patogénico en estos procesos neo-angióticos, para invalidar todo un campo invadido por el proceso tuberculoso, cual era el pensamiento de Koch con su tuberculina. El estudio de las arterio-esclerosis precoces de la tuberculosis, mucho más precoces que las del alcoholismo y las del sifilismo, determinaron en el campo de la medicina clínica de la tuberculosis un trabajo sumamente interesante acerca de la posibilidad de curar, no por procedimientos de cretificación antiguos, con aquellos preparados de cal que se daban, sino por el procedimiento de una serie de procesos esclerógenos para ahorrar ó quitar medios de circulación, de acarreo y traslación de todos aquellos parásitos y toxinas engendrados por la vida misma del parásito, y además aislando por estos procesos esclerógenos los procesos del pulmón.

En este estado de cosas, y recordando las acciones del bálsamo del Perú, se instituyó un tratamiento patógeno en la clínica de Landerer, dando lugar á una obra titulada *Tratamiento de la tuberculosis por el cinamato de sosa y el ácido cinámico*, obra traducida al francés y obra que ha corrido casi Europa entera, despertando grandes aficiones por este tratamiento.

Encargado por mis aficiones científicas de una clientela de tuberculosos bastante numerosa y escogida entre todas las clases de la sociedad; convencido de que ninguno de los tratamientos anteriores me había dado el resultado patogénico que apetecía, y teniendo como elemento para ayuda de este tratamiento los grandes trabajos de la escuela del aire libre y de la alimentación de los tuberculosos como medios coadyuvantes para sostener la vida de estos desgraciados, instituí casi como un tratamiento más generalizado á todos los tuberculosos, instituí, digo, el tratamiento por el cinamato de sosa y el ácido cinámico.

Salvadas las dificultadas de no necesitar hacer las inyecciones intravenosas, y pudiendo hacer las inyecciones intramusculares, es decir, verdaderamente cutáneas, y recordando las diversas regiones del cuerpo en que hay más tejido celular que graso, para gozar de esta ventaja procedí á hacer una inyección, empezando por un milígramo por inyección, repitiéndola dos veces por semana. En las primeras inyecciones no he tenido en absoluto nada de qué arrepentirme, respecto á fenómenos locales, porque toda inyección hipodérmica que produce un absceso ó un flemón, no debe ser atribuído al líquido que se inyecta, sino al médico que la practica.

En esta situación, y no teniendo miedo á las inyecciones hipodérmicas, fuí elevando la dosis hasta los 25 centígramos. Los vehículos fueron variando, desde el agua esterilizada hasta el suero de Hayem, que es el vehículo que me parece más conveniente, y se fueron haciendo, como digo, las disoluciones dosificadas á dosis de 25 milígramos por cada 10 gramos de inyección.

Debo, ante todo, rendir un tributo de agradecimiento al Dr. Pontes, que se brindó galantemente á hacer las técnicas de laboratorio para este tratamiento. El cinamato de sosa fué traído de la misma fábrica recomendada por Landerer, y me colocó en las condiciones experimantales clínicas que este autor citaba.

Las inyecciones las he practicado, empezando un día por semana, después dos días por semana también, y hoy las hago tres ó cuatro veces, según la gravedad de los casos. No he elegido los casos del primer período ó cerrado

de la tuberculosis, sino que he elegido hasta los casos francamente cavitarios, tísicos-tuberculosos. No he elegido tampoco los casos infebriles, sino que he mezclado los febriles con los infebriles, y he tratado con las inyecciones á todas las clases sociales, desde la clase más alta, donde todo es lujo y bienestar, hasta las clases menesterosas, de los asilados en los hospitales, y aun los que están fuera de estos asilos, que se hallan todavía peor cuidados. En las condiciones que me he colocado, iba buscando los casos necesarios para sentar un concepto y tener un convencimiento claro, respecto al nuevo medicamento para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Si por las acciones fisiológicas de mi medicamento hemos de entender fenómenos ostensibles de éste, como la sordera y el zumbido de oídos y las lesiones de los conductos semicirculares de la quinina; la irregularidad del pulso en la saturación de la digital, etc., etc., he de decir que como efecto fisiológico ostensible que pudiera moderarse ó no por la presencia é intensidad del medicamento que yo he empleado, no he recogido absolutamente ninguno respecto al cinamato de sosa. Este medicamento, inyectado en personas sanas, no produce absolutamente ningún fenómeno, y he de decir que de la acción de este medicamento he recogido cuatro hechos personales respecto á su acción en los tuberculosos.

Es el primero y más principal la disminución de la tos, y como la tos es secuela inmediata de la secreción del árbol respiratorio por los procesos morbosos de la tuberculosis en los tuberculosos, es de sospechar que esta tos que se modera—teniendo en cuenta que el cinamato de sosa no es ninguno de los moderadores reflejos del bulbo — es de sospechar, repito, que aquí lo que falta es el elemento periférico del acto reflejo llamado tos, es decir, que hay menos cantidad de elemento excitante en las zonas tuxígenas del bronquio ó que la secreción, disminuyéndola, no llega á esta zona.

Otro hecho sumamente notable es el de que los análisis bacteriológicos, hechos con el método de Ritter, nos han dado casi siempre una disminución del número de bacilos de los campos bacilares—debiendo advertir que nosotros hemos mandado al laboratorio los esputos para su análisis, sin decir con qué objeto—sino que hemos hecho el análisis primero antes de instituir el tratamiento, y después hemos vuelto á mandar los esputos sin que el Dr. Olavide, que ha sido el encargado de hacer estos trabajos, supiera por qué se los mandábamos, y sin saber tampoco de qué enfermos eran, con objeto de que no hubiera una opinión previa ó preconcebida.

En la sala 22, cama núm. 21, que está á mi cargo, entró un sujeto que tenía diecinueve bacilos por campo, y á la octava ó novena inyección nos encontramos con que sólo tenía cuatro ó cinco por campo. El enfermo ha salido sin síntomas tuberculosos, ó por lo menos en un *statu quo*. No le doy sin embargo, por curado, porque andando el tiempo, probablemente me lo encontraré otra vez en la sala, pero, en fin, en este sujeto ha habido suspensión completa del proceso tuberculoso.

Otro efecto que también iba á referir es el de la termometría. Ya sabéis que no soy aficionado á la termometría médica en la tuberculosis, porque no soy partidario de tener al enfermo sujeto á la presión moral de una constante observación termométrica, en la que las décimas de grado influyen de tal manera que éste pierde hasta el apetito, y por eso, como digo, no soy

aficionado á la termometría, pero, sin embargo, cuando instituyo un tratamiento más ó menos nuevo, vuelvo á hacer esta clase de observaciones.

Pues bien, en estas observaciones se ve que sobre todo en los períodos de fiebre no séptica, de fiebre reaccional inflamatoria de las tuberculosis en las peripneumonías febriles, en las tuberculosis no asociadas, cuyo elemento fiebre depende del elemento tubérculo, cuando damos el cinamato de sosa se rebaja esta fiebre en 1 ó 2 grados, hasta el punto que parece, especialmente en la fiebre vespertina, que ha desaparecido.

Con estos tres elementos, menos tos, expectoración, procesos esclerógenos y disminución de temperatura, el estado general de los tuberculosos sufre una mejoría; se aumenta el apetito y se nutre, se aumentan también los perímetros torácicos no formados y constituídos de una manera definitiva.

La radioscopia, que me ha ido ayudando mucho en estos trabajos, me ha enseñado que en procesos cavitarios en los que las cavernas se diagnostican de *visu*, de la misma manera que se diagnostica una úlcera de la córnea, la radioscopia, digo, con la bobina de 40 centímetros, ha permitido ver las cavernas cortadas á pico, y yo he visto también los procesos cicatriciales de éstas, es decir, he visto algunas cavernas irse achicando, aquella sombra transparente hacerse opaca, viniendo á opacidades más densas de las que rodeaban aquellas cavernas, y aun me atrevo á aseguraros que, sin querer que sea una panacea universal, un tratamiento único de la tuberculosis médica pulmonar, ni que deba instituirse de una manera general, crea que el cinamato de sosa es uno de los medicamentos que he empleado con más éxito en mi larga práctica del tratamiento de la tuberculosis, es decir, que este tratamiento retrasa la evolución tuberculosa en más casos que con los otros remedios anteriores como la creosota, etc., etc.

Además, con los medios higiénicos que deben emplearse, con el aire y la luz, y la zomoterapia, como coadyuvantes con el cinamato de sosa y el ácido cinámico, podremos ir marchando hacia adelante sin dejar resíduos ni liquidaciones ni presupuestos sin saldar de esta terrible enfermedad que tantas víctimas causa todos los años.

Por último, si he molestado la alta atención de la Academia con esta comunicación, es únicamente, para despertar los entusiasmos de personas de más valer que yo, para que vengan á sentar bases y hechos acerca del cinamato de sosa, que para mí, hoy por hoy, es uno de los tratamientos más positivos y de mejor resultado para la tuberculosis.

Ahora hé aquí mi técnica.

Región donde deben practicarse.—Se deben elegir las regiones pectorales ó glúteas, evitando la dirección de los gruesos troncos nerviosos, y, en caso de resistencia, sobre todo en la mujer, á que se hagan en dichas regiones, se elegirá el espacio interescapular. No se deben hacer á lo largo de las extremidades, tanto superiores como inferiores.

Cantidad de líquido inyectado cada vez.—La prescrita en cada caso y como máxima la de 10 cent. cúb. de la disolución que formulamos al final.

Técnica.—Se lava la parte en que se ha de inyectar con alcohol ó agua de Colonia, ó mejor con disolución de sublimado al 2 por 1000; se carga la jeringa, se desaloja el aire y se coge un pliegue grueso entre el pulgar y el índice de la mano izquierda, y entre ambos dedos y parte inferior de este plie-

gue se introduce profundamente la aguja; se suelta el pliegue, y con un movimiento de báscula de derecha á izquierda, se fragua una pequeña cavidad para el líquido y se inyecta muy suavemente; se saca la aguja y se malaxa hasta que no se sienta nudosidad alguna debajo de la piel.

Se inyectará dos ó más veces en semana, salvo prescripción especial.

Síntomas de intolerancia.—Ninguno.

Fórmula del cinamato.—Hacer la disolución en suero normal de Hayem á la dosis de 0 á 25 miligramos de cinamato por cada 10 cent. cúb. de suero, calentándola al baño maría antes de inyectar.

Resección intracraneal del trigémino.—El Dr. Cervera: Voy á referirme en esta noche á la comunicación presentada por el Dr. San Martín y he de hacer algunas consideraciones, no sólo porque me las sugiere la intervención grande y hermosa que ha practicado, sino, además, porque lo merece mucho el docto Catedrático de Clínica Quirúrgica de San Carlos.

Tratábase de una resección del trigémino que ya había hecho en el curso anterior, á consecuencia de una neuralgia; pero se reproduce la afección, y en este curso tiene que practicar una resección del ganglio de Gasser. Pues bien, hay en esta intervención tres puntos dignos de tenerse en cuenta. Es el uno el correspondiente á la técnica, otro es el de procedimiento de esta intervención, y es el tercero ver si es ó no curativa ó por qué ciertas intervenciones quirúrgicas determinan la curación.

Es necesario que nos ayude la Fisiología, porque sin ella no puede haber buena y científica Cirugía.

Decía el Dr. San Martín que había practicado su resección temporal, y añadía que para las craneotomías bajas es mejor el instrumento manual, que es más seguro porque el mecánico es un instrumento ciego, con el que hay grandes probabilidades de herir la dura madre y los vasos que la recubren; y como quiera que yo entiendo precisamente lo contrario, es por lo que me he permitido traer elementos para demostrar lo opuesto á lo que aseveraba el Dr. San Martín.

Recuerdo que hará diez años practiqué una resección del ganglio de Gasser, y por la indolencia especial de los españoles no dí conocimiento de la operación que llevé á cabo antes que Krause. Yo sé los apuros que pasé; y cuando el Dr. San Martín exponía su caso, veía los grandes apuros que debía haber pasado y sus fatigas, comparándolas con las mías.

No he visto la operación; pero antes de comenzar la parte más principal, no tardaría menos de una hora. Precisa, para hacer con la gubia ocho ó diez agujeros en la región temporal, muchísimo tiempo, porque tiene que dejar pequeños puentes para, después, ir pasando la sierra, y para esto también se necesita una gran paciencia y una habilidad extraordinaria; y además, como la dura madre reviste por dentro al hueso, es muy fácil serrarla; peligra mucho. Y es posible que de esta manera nos expliquemos el fenómeno que vió en su operado al abrir el cráneo y encontrar que estaba el encéfalo como aplastado, no como está por regla general. Creo que el derramamiento del líquido cefalo-raquídeo, se debió á la herida hecha en la dura madre.

Yo le diría al Dr. San Martín, que rara vez tendrá la fortuna de encontrar un enfermo de las condiciones que tenía el que aquí presento, tan robusto, tan resistente, cosa rara en sujetos que padecen de neuralgias del

trigémino. Generalmente están sumamente desnutridos y con pocas resistencias. Así es que es muy conveniente adoptar una técnica rápida en consonancia con aquellas resistencias. De modo que si con el procedimiento del Dr. San Martín se requiere una hora tan sólo para el primer tiempo de la operación, no convida mucho á aceptarlo.

Y en cambio, yo he visto trabajar y he trabajado con el otro instrumental, con el mecánico, no á ciegas, sino sabiendo lo que se hacía y obrando rápidamente. Después podrán ver los Sres. Académicos, que practicando las aberturas con las fresas y sierras de Doyen, se introduce la sierra perfectamente, y, operando de este modo, la sección de los puentes es rapidísima. En primer lugar, no son precisas más de tres perforaciones, y después se introduce por una de ellas el instrumento, y como lleva debajo el protector, va levantando la dura madre; la sierra (?), no puede tocar más que el hueso, y respeta la membrana dorsal. Si no se quiere llevar conductor, tampoco hace falta; basta con interponer discos á la sierra de Doyen.

En cambio, la sierra de Gigli hay que cogerla, enhebrarla á la aguja, pasarla por entre dos perforaciones y ponerla tensa para que pueda serrar, de modo que la dura madre queda tangente, y es casi seguro que en muchos casos se la perfore.

Con este procedimiento, antes de colocar los discos se sabe por mediciones previas el espesor del hueso, y se coloca el disco correspondiente á este espesor.

Presenta un cráneo, en el que están indicadas las tres clases de operación, con lo cual deja demostrado que en cuanto á instrumental, con la sierra de motor eléctrico de Doyen se hace con más rapidez y con más limpieza la operación.

¿Cuál de los tres procedimientos es mejor? ¿El temporal típico, el temporo-esfenoidal, el puramente pterigoideo que ya está abandonado, ó el empleado por el Dr. San Martín, el de Krause? Yo, para extirpar el ganglio de Gasserio, prefiero el de Doyen.

Y ahora voy á plantear el siguiente problema: ¿Por qué dan más resultados las disociaciones nerviosas que las resecciones? Esto es muy interesante y muy importante, porque si podemos presentar los jalones para que se estudie por los fisiólogos, habremos dado un gran paso.

DR. EDUARDO TOLEDO.

PERIÓDICOS

Nuevo procedimiento de aplicación del forceps en la posición occípito-posterior directa (cuarta posición directa de vértice, occípito-sacra). — D. Pedro Díaz, de Cestona, publica en el *Boletín del Colegio de Médicos de Guipúzcoa*, el interesante caso siguiente:

Martina Z., de cuarenta años de edad, casada, de temperamento linfático, constitución buena, sin antecedentes patológicos especiales, multípara, con un intervalo de seis años desde el último parto hasta el que motiva esta

historia clínica, con embarazo de término, siente los primeros dolores el 26 de julio de 1900, comenzando de una manera lenta este primer período.

Del reconocimiento resulta que el feto parece de buen desarrollo, en presentación cefálica con posición occípito-sacra directa.

Durante la noche del 26 al 27, los dolores aumentan en intensidad y frecuencia, se expulsan las aguas y se dilata el cuello del útero en bastante extensión; pero sin que descienda la cabeza de la criatura en condiciones favorables para atravesar los estrechos pelvianos.

Convencido de que este descenso no podía efectuarse normalmente en tiempo cercano, y que había peligro para la madre y para el feto si esta situación se prolongaba, viendo que la dilatación del cuello del útero era casi completa, que había flexibilidad en el mismo, así como en el conducto vaginal, y aun cuando la cabeza de la criatura se hallaba aún en el estrecho superior fija, previos los medios de asepsia recomendados para estos casos y colocada la mujer en posición conveniente, aplicó el Dr. Pedro Díaz el forceps á las once de la mañana del día 27, veinticuatro horas después de haber comenzado el parto, sin poder hacer la adaptación de las cucharas y, por lo tanto, extraer el feto, de lo cual desistió por el momento, ateniéndose á sostener las fuerzas de la parturienta con alimentos líquidos y bebidas aromáticas.

En nuevos y detenidos reconocimientos, no hallaba estrecheces pelvianas que pudieran impedir la marcha del parto; por parte de la criatura tampoco creía encontrar una anormalidad por su desarrollo excesivo, ni que fuese hidrocefálica, sospechando sí que esta extremidad estaba bastante desarrollada; y, por fin, los dolores, hasta aquella hora, tampoco habían sido deficientes: sólo hallaba como obstáculo á la marcha progresiva, la posición indicada y la forma que, con las repetidas presiones, había tomado la cabeza del feto, de verdadera calabaza de peregrino, cuyo segmento más pequeño atravesaba el estrecho superior, quedando sobre éste el mayor, oponiendo un obstáculo invencible al paso y colocación normal de la segunda cuchara ó rama hembra del forceps.

De esto se fué convenciendo cada vez más, la segunda vez que intentó el Dr. Pedro Díaz una nueva aplicación, á las dos de la tarde, viendo la angustiosa situación de la mujer y de su familia; aplicación que tampoco dió resultado por la misma imposibilidad señalada antes, así como tampoco la tercera, puesta en práctica á las once de la noche; y como es axioma en Tocología que, cuando las ramas del forceps no se adaptan con relativa facilidad no se las debe forzar, desistió de hacerlo de nuevo y pidió el concurso de otro médico para que, según su consejo, se procediese á lo que pudiera ser más beneficioso para la parturienta, que había perdido muchas fuerzas y energía moral, y para el niño, cuya vida peligraba por momentos.

Viendo la depresión de pulso, la disnea y principios de perturbación psíquica en las tres últimas horas que de dolores inútiles llevaba la mujer, practicó una inyección de morfina, con la cual se mitigaron algo los dolores y síntomas alarmantes.

Llamado en consulta el Dr. Eguiguren, comprobó en el reconocimiento la presentación y posición indicadas, y no convencido de la imposibilidad de aplicación del forceps, propuso nuevo intento, que llevó á la práctica

variando de instrumento, por si podía depender de la corvadura de las cucharas. Todo intento era inútil en la posición clásica.

Recordando que el reconocimiento vaginal se había practicado *por detrás* con más libertad, pasando con facilidad los dedos á lo largo de la cara anterior del sacro, resolvió hacer la aplicación del forceps *por detrás*, pesando antes el pro y el contra de aquello para nosotros nuevo procedimiento, pues no recuerda haberlo visto descrito en autores competentes, ni noticia de que se haya practicado.

Se colocó á la mujer en posición genupectoral, lo más cerca posible del borde de la cama, con las caderas levantadas y el pecho y la cabeza apoyados en almohadas; se lavó bien con agua hervida el campo operatorio y se introdujo la *cuchara hembra* la primera, con el borde *convexo hacia arriba*, dirigida ó guiada por la *mano derecha* entre la cabeza de la criatura y la *pared derecha* de la pelvis de la madre; efectuado esto, se bajó el mango y se aplicó la *rama macho* en la misma forma del *borde convexo hacia arriba*, guiada por la *mano izquierda*, en el lado izquierdo de la mujer; se unieron las dos ramas *con poca dificultad atornillándolas bien*, y puesto el instrumento en tensión, se vió que *cogía sin resbalar, la cabeza del feto.*

Con movimientos de tracción, primero directos y después bajando los mangos del forceps, se hizo la extracción de la cabeza rápidamente y sin encontrar verdadera dificultad, y á continuación la del cuerpo de un niño bien desarrollado, pero que había fallecido, probablemente, hacía bastantes horas.

La placenta fué expulsada normalmente después que se colocó á la mujer en la verdadera posición; es decir, en la *sacra.*

A la madre se la prestaron los cuidados necesarios de limpieza, alimentación, medicación, etc., en los días sucesivos, hasta el 3 de agosto, en que falleció sin presentar grandes elevaciones térmicas (al día unos 39°), ni localizaciones abdominales alarmantes; pero sí un gran agotamiento de fuerzas, pues toda su energía la había consumido en aquellos tres días que duró su doloroso parto.

«Este caso—dice el Dr. Díaz—da lugar á muchas consideraciones. ¿Por qué la dificultad en el descenso y expulsión del feto? El obstáculo resultó de la posición fija que adoptó la cabeza por salida prematura del líquido amniótico, por lo cual no pudo girar y colocarse paralelamente á otros diámetros mayores. También el volumen de la cabeza, aunque no anormal, influyó en ello. La dificultad de cogerla con el forceps por el procedimiento seguido siempre, se debió á la forma que adquirió esta extremidad, cuyo segmento mayor, como ya se ha dicho, impedía que la segunda cuchara pasara sobre él y se adaptase convenientemente. No recordamos haber leído ú oído hablar de un caso semejante de imposibilidad de operar con el forceps; pues para la historia descrita nada tienen que ver las estrecheces pelvianas ó las deformidades de la criatura; aquí no existía nada de esto.

¿Qué otra cosa pudiera haberse hecho? Hay autores que indican que el forceps no se aplique en esta posición como medio de extracción, sino únicamente para modificar la posición haciéndola más favorable y que el descenso y expulsión lo haga la naturaleza; pero es que aquí no se podía hacer esta modificación, porque el forceps no se adaptaba á la cabeza de la criatura. Quizá alguno aconsejaría la versión podálica; mas, dígasenos ¿cómo se

iba á efectuar ésta si, comprimido en todos sentidos el niño, no sólo no se hubiera podido introducir la mano en el útero, ni que tampoco se hubiera podido hacer girar el cuerpo del feto por la fijeza de las paredes de la matriz? Y con manipulaciones externas, imposible».

Este procedimiento creen los Dres. Díaz y Eguiguren que sea la primera vez que se haya puesto en práctica; y como con la posición dicha en que se colocó á la madre y el método que siguieron y se ha indicado para la operación, ésta resultó en sí fácil relativamente, les parece que en casos semejantes se debe poner en práctica, sobre todo si al querer aplicar la primera vez el forceps con las reglas clásicas, éstas no dan resultado.

Asthenopía retiniana de los pescadores de esponjas. — El Dr. J. Santos Fernández, de la Habana, publica en los *Archivos de Oftalmología Hispano Americanos*, de Madrid, ideas relativas á la asthenopía retiniana y dice que á la producida por otras causas, se debe de añadir la que se provoca en los pescadores de esponjas.

Se sabe que la exposición de los ojos á una luz viva, muy especialmente si se refleja de la nieve, cuando ésta cubre gran extensión de terreno, determina trastornos visuales conocidos y de cierto modo opuestos á la hemeralopía, porque cesan durante la noche; á esto se ha designado con el nombre de asthenopía retiniana ó hiperestesia de la retina.

La asthenopía retiniana ó hiperestesia de la retina, determinada por un exceso de luz, por el paso de un lugar sombrío á otro fuertemente iluminado, como ocurre á los mineros y ha ocurrido á los prisioneros de otras épocas, ha sido bien observada.

Esta asthenopía retiniana suele observarse, con más frecuencia, en individuos neuropáticos y en las histéricas que se exponen á la luz intensa; con tanto más motivo, si existe un defecto de refracción que no haya sido corregido; pero no están exentos de ella los sujetos robustos y acostumbrados á sufrir los rayos del sol, como los pescadores, si los ojos se colocan en condiciones de congestionarse y de impresionarse vivamente y de una manera especial, por la posición que adoptan en el desempeño del oficio; esto ocurre á los pescadores de esponjas.

Véase dice el Dr. Santos Fernández, las siguientes observaciones:

Observación 1.ª — G. P., de ventiún años de edad, nacido en Mallorca (España) y con pocos años de residencia en Cuba, se dedica en la costa Sur de la Isla (Batabanó) á la pesca de esponjas.

Refiere que hace quince ó dieciséis días, que está malo de los ojos. Le ocurre que cuando mira el sol ó una pared pintada de blanco, la luz le ofende, y le queda una neblina y algunas veces, una *mosquita*.

Cuando está en un lugar sombrío, no le ocurre esto y se siente bien.

El fondo del ojo, visto al oftalmoscopio, es normal. No hay astigmatismo. El campo visual íntegro. No hay escotomas. La agudeza visual, fisiológica.

Inquiriendo la causa de esta perturbación que le impide dedicarse á su oficio de pescador, averiguamos que la manera cómo se pescan las esponjas, es lo que ha determinado la asthenopía retiniana ó hiperestesia de la retina, de que está sufriendo. En efecto, la suspensión del oficio durante algún tiempo y el uso de anteojos ahumados, le restituyeron pronto la vista.

Observación 2.ª—B. C., de diez y ocho años, natural de Mallorca (España), dos años de residencia en Cuba, pescador de esponjas, de buena constitución, robusto, de piel tostada por el sol. Se queja de que hace unos días, tiene delante unos hilitos y manchas negras que le parece se mueven en el aire, incomodándole. La vista á distancia normal. El campo visual fisiológico. No hay escotoma. En el fondo del ojo no hay lesión. Fué diagnosticado de fotopsias ó hiperestesia de la retina, provocada por el oficio que ejercía. Se le ordena descanso y cristales ahumados, y después de algunos días, se encuentra bien.

Observación 3.ª — A. G., veintidós años de edad y cinco de residencia en Cuba, de Mallorca (España), bien constituído, le consultó el 15 de mayo de 1890. Hace mes y medio que está afectado de la vista ; tiene una especie de nube por delante que le impide ver las personas, sobre todo, cuando se encuentra al sol ó hay mucha claridad, pues en lugar sombrío apenas nota la molestia.

La agudeza visual y el campo visual fisiológicos. No hay escotoma, y aun cuando toma vino en las comidas y alguna que otra copa de tiempo en tiempo, no tiene hábitos alcohólicos.

Convencidos de que las fotopsias que acusaba dependían de su oficio, le recomendó el descanso durante algún tiempo y anteojos de colores, con lo cual se vió pronto libre de aquellas.

Observación 4.ª — J. F. T., le consultó el 3 de mayo de 1897; joven europeo, de veinte años, robusto, bien constituído, de Mallorca (España), con tres años de residencia en Cuba.

Refiere que hace cinco ó seis meses, que siente dolores en los ojos por dentro, y que actualmente le molesta el sol y la claridad del día, porque se le presentan unas nubes por delante, que le impiden ver cuando está á dicha luz, y algunas veces, horas después de estar expuesto á ella ; no ocurriéndole esto cuando se retira el sol y durante la noche, ó á la sombra.

Su vista era normal. Había ligera hipermetropía latente. El fondo de su ojo, fisiológico, é igualmente el campo visual. No había escotoma.

Aleccionado por los anteriores, desecha el Dr. Santos Fernández la sospecha de ambliopía alcohólica, de que no tenía síntomas, y acepta el diagnóstico de asthenopía retiniana, producida por el oficio que desempeñaba.

El tratamiento confirmó el diagnóstico, pues con el alejamiento de su oficio y el descanso de sus ojos, curó en pocos meses.

Cuando el pescador llega al criadero de esponjas, se coloca de bruces sobre el borde de la chalana en que está, y para no lastimarse el pecho, interpone una especie de cojín, formado por las mismas esponjas, extraídas y secas. Adopta esta posición, para poder mirar al través de un barril que sitúan al costado del bote, y cuyo fondo ha sido reemplazado por un cristal plano. De este modo ve mejor el fondo del mar, que el movimiento de la superficie del agua, le impide ver. Cuando descubre la esponja, hace uso de una vara cuya extremidad termina en punta, y con esta la hiere. La chalana en cuyo costado se halla el barril, está casi siempre en movimiento para buscar nuevas esponjas, y el pescador lleva la cabeza baja, metida en el tonel. Dentro de éste, la luz es ténue, y después de tener algunas horas los ojos en ella y de forzar la vista para descubrir lo que busca ; cuando se

levanta y se expone á la luz del sol, su retina se impresiona y surge la hiperestesia, favorecida por la congestión ocular, dependiente de la posición de la cabeza.

Así se explica que la supresión del trabajo de la pesca y el uso de cristales, con objeto de disminuir la intensidad de la luz, sean suficientes recursos para la curación. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 2 *de Abril de* 1901.

Keratomicosis. — El Dr. PANAS: El Dr. A. Collomb ha comunicado á la Academia un caso de infección de la córnea por el *Aspergillus fumigatus*. Los casos de este género conócidos hasta ahora, son ocho. La mayor parte recayeron en jóvenes. La afección se ha atribuído á la penetración en los ojos de polvo procedente del suelo, de sacos de cacao, etc. De los ocho casos, en siete la úlcera de la córnea se complicó con hipopión discreto unas veces, abundante otras.

La úlcera ocupa siempre el centro de la córnea, es de aspecto como desecado y de forma más bien cupuliforme que infundibuliforme, con una zona opaca alrededor y en el centro una especie de clavo de aspecto seco, de color gris amarillento, coherente y difícil de desprender. Este clavo tarda bastante en eliminarse, y alrededor sólo se observa el surco de separación sin infiltración como en la úlcera serpiginosa. Se observa lagrimeo y fotofobia y es raro que los dolores sean intensos. El íris se afecta ligeramente.

El pronóstico de esta úlcera es mucho más benigno que el de la serpiginosa hipopiónica de pneumococos, bien conocida desde los estudios de Uhthoff, que va acompañada de fusión purulenta ó de tisis del ojo. El hipopión desaparece también espontáneamente. Sólo queda leucoma más ó menos extenso en el centro de la córnea que concluye por dificultar la visión.

Fractura del tercio inferior del húmero curada por la movilidad y el amasamiento.—El Dr. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE: Una mujer de treinta y seis años se fracturó el húmero izquierdo por su tercio inferior. La separación de los fragmentos era grandísima, según demostró la radiografía. No apliqué apósito alguno, contentándome con colocar el codo del brazo fracturado sobre una almohadilla para mantenerlo elevado. Practiqué el amasamiento, y el dolor disminuyó, la contractura muscular desapareció y el acabalgamiento de los fragmentos cedió bastante. Bastó este tratamiento para que la enferma curara perfectamente en treinta y ocho días.

Sanatorios accidentales para enfermos pobres.—El *Dr. Brunon* leyó sobre este asunto un trabajo cuyas conclusiones son las siguientes:

1.ª Para impedir el desarrollo de la tuberculosis, es preciso combatir sus causas que son: el alcoholismo, el hacinamiento, la vida sedentaria y el desconocimiento de las leyes de la higiene;

2.ª Para contener la marcha de la enfermedad, para salvar los enfermos susceptibles de curación, es necesario trasladarlos fuera de las ciudades y someterlos á la aireación continua;

3.ª El Sanatorio construído á costa de grandes gastos, no es indispensable para aplicar este tratamiento;

4.ª Muchos enfermos de fortuna modesta curan haciendo sencillamente la vida de campo;

5.ª Los indigentes de los hospitales pueden utilizar el mismo método;

6.ª Basta para crear un Sanatorio preparar á los enfermos un abrigo contra el viento.

Profilaxis de la tuberculosis. — El Dr. Lancereaux: Entre las enfermedades microbianas, unas, sin predisposición anterior, atacan indiferentemente por decirlo así, á todos los individuos: sífilis, viruela, vacuna, etc. Otras, por el contrario, propias de los organismos débiles y debilitados, necesitan un terreno preparado y especial sin el que el microbio patógeno nada puede; la tuberculosis pertenece á este número. Para éstas la profilaxis comprende no sólo las medidas que deben adoptarse contra el agente patógeno, sino que es preciso ante todo tener en cuenta las circunstancias etiológicas susceptibles de debilitar el organismo y procurar evitarlas en lo posible.

Hemos formado una estadística que comprende 2192 casos de tuberculosos. Estos casos pueden clasificarse como sigue respecto á las circunstancias susceptibles de preparar el terreno y de favorecer el desarrollo de la enfermedad:

Tuberculosis y alcoholismo	1229
Aireacion insuficiente y vida sedentaria	651
Miseria y privaciones	82
Miseria y embarazo	91
Tuberculosis en la familia (herencia probable)	93
Contagio	46
Total	2192

Excluímos de intento de esta estadística los casos de tuberculosis que reconocen por causa predisponente una enfermedad distrófica, diabetes, tabes, etc.

Resulta de esta estadística, que la mitad próximamente de los tísicos que hemos observado, recayeron en bebedores antiguos. Esta forma de tuberculosis se distingue por dos rasgos característicos: 1.°, por estar localizada casi siempre en el pulmón derecho; 2.°, por granulaciones ordinariamente diseminadas y rara vez por infiltración lobulillar.

La tuberculosis del bebedor principia en la parte superior y posterior del pulmón derecho, y esta localización basta por sí sola para conocer las condiciones etiológicas que han preparado el terreno. Se explica, según creemos, porque siendo el vértice derecho más corto y más ancho que el iz-

quierdo, imprime al bronquio del pulmón derecho una actividad mayor que favorece la eliminación de mayor proporción de alcohol y produce, por lo tanto, una irritación más intensa en este lado que en el opuesto.

La hemoptisis, síntoma común de esta forma de tuberculosis, se presenta una vez en cada cinco casos y casi siempre al principio de la enfermedad. La diarrea y la albuminuria son también frecuentes. La tuberculosis del bebedor, que es más frecuente en el hombre que en la mujer, procede por brotes sucesivos, al menos en su primera fase, aunque también se observa la forma aguda y generalizada.

Todas las bebidas alcohólicas contribuyen á la génesis de la tuberculosis, pero, en particular, las que contienen esencias.

En los hospitales de París se observa un tuberculoso por cada 2'33 alcohólicos, lo que permite afirmar que la tuberculosis es el gran peligro del alcoholismo.

El análisis de los casos de tuberculosis, debida á la aireación insuficiente y á la vida sedentaria, me permite afirmar dos hechos: 1.°, la frecuencia mayor de la localización tuberculosa en el vértice izquierdo; 2.°, el predominio de la forma lobulillar ó caseosa sobre la granulosa.

El modo más débil de funcionar del vértice izquierdo con relación al derecho, la actividad menor de los pulmones, en los que hacen una vida sedentaria, explica la localización tuberculosa y la forma que reviste. La edad y las profesiones en que se observa esta forma de tuberculosos, son distintas de las de la tuberculosis alcohólica.

Esta forma de tuberculosis se manifiesta por macicez, casi siempre considerable, en uno de los dos vértices ó por signos cavernosos extensos, con supuración abundante. Hay diarrea, sudores nocturnos y fiebre con exacerbaciones vespertinas. La marcha es variable, á veces rápida, al menos en los jóvenes recién llegados á las poblaciones. Por lo general, sigue un curso lento y puede quedar estacionaria varios años bajo la influencia de la aireación y de una alimentación reparadora.

La forma de tuberculosis de que nos ocupamos, es más frecuente durante el período de crecimiento, cuando el organismo tiene más necesidades y hace mayores gastos. Conviene, por lo tanto, vigilar esta edad, porque precisamente es la de la reclusión en colegios, fábricas y grandes almacenes donde el aire está confinado. El día que principie á comprenderse que el aire es tan necesario para la vida como el alimento y se ensanchen las calles y mejoren las habitaciones, disminuirá de un modo notable el número de tísicos.

El contagio de la tuberculosis es un problema complejo, y cuya importancia creo que se ha exagerado. De los 2192 casos de nuestra estadística, sólo puede invocarse esta causa de la enfermedad en 182. Para producirse, aun entre cónyuges, necesita condiciones exteriores especiales ó cierta predisposición del organismo, sin la que sería, á no dudarlo, más frecuente.

Creemos que la herencia de la tuberculosis es relativamente rara. Sólo puede invocarse esta causa en 420 casos de los 2192 que forman nuestra estadística. Resulta de nuestras observaciones que la tuberculosis hereditaria, á semejanza de la sífilis y de la mayor parte de las enfermedades microbiarias, se manifiesta al principio de la vida, ó al menos durante el

período de crecimiento y por excepción á una edad más avanzada; de modo que deben considerarse como sospechosos los casos que sobrevienen después de los treinta y cinco años. Se localiza indiferentemente en ambos vértices y se caracteriza por su evolución relativamente lenta.

Resulta de lo que precede, que las dos grandes causas que favorecen el desarrollo de la tuberculosis, son: el exceso de las bebidas alcohólicas, en particular de las bebidas con esencias, y el hacinamiento ó la insuficiencia de la aireación y la vida sedentaria. Estas causas, cuyos efectos inmediatos son la disminución del apetito, la insuficiencia de la alimentación, y, por lo tanto, la desnutrición del organismo, preparan de un modo progresivo el terreno favorable para la germinación y el desarrollo del microbio. Evitándolas, se preservará á la humanidad del mayor azote á que está expuesta en nuestros días, á saber, la tuberculosis, que es la enfermedad de la civilización. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 27 de Marzo de 1901.

De la vía mediastínica para el acceso á la tráquea y á los bronquios. — El Dr. Quenu: Aunque no pueden negarse las excepciones, es regla general que los cuerpos extraños caídos en la tráquea ó en los bronquios determinen accidentes graves con mucha rapidez, en cuyo caso está justificado intentar una operación. En mi sentir, y una vez ésta determinada, no debe seguirse la vía que el Dr. Ricard siguió en el caso que nos expuso en la sesión anterior, puesto que es peligrosa en virtud de que las maniobras se verifican entre los grandes vasos, de que no da acceso á la bifurcación de la tráquea, sino en un punto más elevado, y, por consecuencia, no permite la exploración de los bronquios, y de que descubre la parte anterior de la tráquea, es decir, la región de los anillos que se oponen á la percepción del cuerpo extraño, como le sucedió á nuestro colega. Por estas razones me ha sorprendido que el Dr. Ricard hubiese desechado la vía posterior. En este sentido he practicado algunas nuevas investigaciones en el cadáver y me he convencido que se puede llegar fácilmente al mediastino posterior. He aquí el manual operatorio que puede seguirse: incisión y corte de un colgajo de la tercera á la sexta costilla; resección de la cuarta, quinta y sexta costillas; desprendimiento de la pleura; separación del pulmón, y á los 8 ó 10 centímetros de profundidad se encuentra el cayado de la ázigos que se separa; con el índice se busca la extremidad posterior de los cartílagos bronquiales y traqueales, y si se nota el cuerpo extraño á través de la porción membranosa, se incinde esta porción del canal traqueal. Este procedimiento me parece que reune menos peligros y más ventajas que la vía anterior.

El Dr. Poirier: En un hombre con un tumor del mediastino que traspasaba la horquilla y los bordes del esternón, determinando accidentes de asfixia, abordé la neoplasia del modo siguiente: después de haber cortado un colgajo cutáneo en U de base inferior y siguiendo los bordes del esternón,

practiqué las desarticulaciones esterno-claviculares, seccioné los primeros y segundos cartílagos costales y separé hacia afuera el segmento esternal libre; como que el tumor se prolongaba hacia abajo, tuve que transformar la incisión en H y llevarla hasta el tercer cartílago costal, que fué seccionado, lo mismo que el esternón, en este sitio. Separé el tumor á pedazos, raspando sobre los troncos venosos y arteriales sin poder practicar una extirpación completa. La herida se reunió por primera intención, pero la recidiva ha sido rápida y seguida de muerte por asfixia. Yo recomiendo esta incisión en U para abordar el mediastino anterior, puesto que es cómoda, abre una amplia vía y da muy poca sangre.

El Dr. Tuffier: Me parece que para notar un cuerpo extraño en el interior de la tráquea ó de los bronquios, es necesario palpar estos conductos entre dos dedos, para que uno sirva de plano de resistencia sobre el cual se apoya el otro y limita el cuerpo extraño. Un medio muy simple de fijar y no perder de vista la situación de éste en el curso de la intervención, consistiría en operar bajo la radioscopia.

Empleo de la radiografía estereoscópica en cirugía. — El Dr. Béclère: La radiografía estereoscópica está llamada á prestar grandes servicios á la cirugía, puesto que nos da la imagen en relieve de los objetos, es decir, la ilusión de la realidad. Las imágenes estereoscópicas pueden verse con la luz del día ó con luz artificial, y son de un manejo más fácil que las pruebas radiográficas ordinarias. Su interpretación exige sin duda una cierta educación que, por lo demás, no es complicada y se adquiere pronto.

Tratamiento de la infección puerperal por la histerectomía.—El Dr. Rochard: Considera el Dr. Faure la intervención quirúrgica como perfectamente justificada en los casos de infección puerperal grave, y se declara partidario convencido de la histerectomía vaginal. Si no tengo inconveniente en aprobar la primera parte de la opinión del Dr. Faure, no participo de la segunda, y en una de las sesiones precedentes ya he manifestado por qué razones prefiero la vía abdominal á la vaginal.

El Dr. Picqué: Entre las infecciones puerperales, es necesario distinguir la forma hipertóxica, que mata á las enfermas antes de que den tiempo á la intervención; las formas de intensidad media, en las que la intervención es útil, y la forma gangrenosa descrita por Bekmann, en que está muy indicada la histerectomía abdominal total.

Tratamiento de la espina bífida por la extirpación.— El Dr. Broca: Los doctores Letoux (de Vannes) y de Rouville (de Montpellier), nos han enviado cada uno una observación de espina bífida tratada por la extirpación. En los dos casos se trataba de niños de pocos meses. La intervención de Letoux ha ido seguida de buenos resultados inmediatos, pero el niño en seguida fué perdido de vista. El Dr. Rouville también obtuvo la curación operatoria, pero su enfermito, á los dieciocho meses, tenía una hidrocefalia enorme con todas las alteraciones consiguientes. Esta es la suerte que espera fatalmente á los niños operados de espina bífida en dicha edad. Por esta razón es preferible renunciar á las extirpaciones precoces y no intervenir hasta mucho más tarde y aun en circunstancias bien determinadas.

Codina Castellví.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 6 *de Marzo de* 1901.

Transmisión de la enfermedad ganglionar del caballo al hombre. — El doctor Schöler: El sujeto que aquí presento, de oficio cochero, tuvo en la mucosa del párpado una úlcera con exudado grisáceo, y dos días después otra parecida en la conjuntiva. Los ojos estaban rubicundos y la córnea muy opaca. A los catorce días de su ingreso en la Clínica se curaron las úlceras. Antes de esto había sentido este sujeto cefalalgia, aturdimiento, dolores generales en los miembros y quebrantamiento de fuerzas.

Desde el 23 de diciembre al 6 de enero hubo fiebre que llegó hasta 40° y que iba acompañada de hinchazón de las piernas, ligero edema, exantemas y petequias cutáneas; la piel estaba hinchada y rubicunda, y, en las articulaciones, tensa. Estos síntomas retrogradaron. Mientras la fiebre era aún muy alta, se presentaron, tos con expectoración espesa y bastante escasa, vómitos y deposiciones moldeadas y mezcladas con sangre. En la actualidad la temperatura es normal y en la orina hay algo de albúmina.

Las «glándulas» del caballo es una enfermedad generalmente inócua. Consiste en un catarro de la mucosa nasal acompañado de úlceras cubiertas de un exudado gris y de gran secreción, cuya afección se propaga paulatinamente á lo largo de los ganglios y de los vasos linfáticos, se hace purulenta y determina la formación de abscesos. Además de esta forma regular, hay otra en la que los productos de secreción purulenta penetran en el torrente circulatorio y producen una especie de septicemia. En el caballo se presentan también hinchazones del pecho y de la pierna, erupciones cutáneas de color rojo y que generalmente aparecen en forma papulosa, petequias y prominencias de cierta extensión superficial y metastasis en los órganos internos, tales como el intestino, bazo y riñones. El curso es parecido al de una septicemia.

El Dr. Schutz y otros atribuyen la afección á un estreptococo oval. En el caso presente el contagio debió haberse realizado por la mucosa. En la literatura no se conoce hasta ahora un caso parecido.

Cálculos renales que presentan ciertas particularidades. — El Dr. Klemperer: De los tres cálculos renales que aquí presento, el primero proviene de un sujeto que padecía de hematuria de origen renal. La orina era ácida y contenía leucocitos y muchas bacterias. Primeramente salió un calculito, como un grano de mijo, de fosfato amonico-magnésico y á los tres días otro de oxalato de cal. Es evidente que este cálculo había sido causa de una pielonefritis que se complicó con invasión de bacterias, la cual produjo la alcalinidad temporal de la orina. Esta recobró después su acidez y por eso se formaron dos cálculos, uno alcalino y otro ácido.

El segundo proviene de una señora que padecía de hematuria: es de fosfato cálcico con núcleo de carbonato también cálcico. Aunque con el tratamiento se obtuvo la acidez de la orina, esta acidez ya no pudo disolver el cálculo alcalino *completamente* formado.

El tercer cálculo es voluminoso, está constituído por oxalato de cal, aunque la orina era completamente ácida y había provocado graves cólicos.

El Dr. Senator: El contraste entre la composición del cálculo y la cualidad de la orina que se observa en casos como los referidos, creo poderlo explicar, suponiendo que el riñón sano segrega orina ácida y el enfermo orina alcalina. Sin embargo, hacen falta muchas investigaciones para confirmar esta hipótesis.

Ojo artificial movil. — El Dr. Hugo Wolff: Aquí presento á un sujeto en el que he conseguido la movilidad de un ojo artificial. La operación que se practica en estos casos se propone no extirpar todo el globo ocular, sino vaciarlo de su contenido patológico, y en cambio dejar las cubiertas con los músculos que en ellas se insertan, á fin de conservar al ojo artificial la movilidad y la convexidad normales. Esto se consigue uniendo á la cubierta exterior, por medio de sutura, esferas huecas que están revestidas de hoja de plata. El muñón formado de ese modo posee una gran movilidad que se comunica al ojo artificial. De 100 casos sólo en 5 se sabe que este procedimiento hubiese provocado una oftalmía simpática que en general fué benigna. Los casos en que fué expulsada la esfera reconocieron por causa una mala técnica operatoria. Esta se ha perfeccionado con el método de oclusión de Schmidt y con las bolas de filigrana de Pflüger, las cuales tienen unos orificios por donde penetran las granulaciones.

El procedimiento á que me refiero está contraindicado en los casos de tumores malignos, de oftalmía simpática ó de atrofia muy avanzada del globo ocular.

El Dr. Gluck: En 1885 ya aconsejé yo las esferas de filigrana.

Ulceras cutáneas numerosas en un caso de sífilis terciaria. — El Dr. Ledermann: La mujer de cincuenta y un años que aquí comparece es casada; pretende no haber observado su afección hasta hace tres años. Hace diez dió á luz un feto que no era de todo tiempo, y algunos años después fué operada de un bubón inguinal. Está muy desnutrida y presenta en la cara extensas cicatrices con infiltraciones resistentes y cubiertas de costras de color de miel; en la mitad derecha de la nuca hay infiltraciones análogas; en el mango del esternón una úlcera profunda que al parecer penetra hasta la tráquea, y que presenta trayectos fistulosos profundos; úlceras análogas se ven en el brazo derecho, en el pliegue gluteo-femoral derecho, etc. Al mismo tiempo están debilitadas la reacción de la pupila á la luz y la acomodación, y la enferma vacila si cierra los ojos; evidentemente está también interesado el sistema nervioso. La orina contiene mucha albúmina y glóbulos de pus. La enferma nunca ha sido tratada con mercurio. Por ahora sólo se usan el ioduro potásico al interior y los preparados de iodo al exterior, pero habrá que emprender una cura mercurial cuando haya mejorado la nutrición de la enferma. Además, para evitar que la retracción cicatricial llegue á comprimir la tráquea será preciso practicar una operación autoplástica.

Operaciones autoplásticas. — El Dr. Gluck: *Primer caso.* — En la joven de quince años que aquí presento, existió una periostitis purulenta con obliteración total y anquilosis en la articulación temporo-maxilar, que impedía sacar la lengua y separar las dos filas de dientes. La sinostosis ebúrnea la quité con escoplo y martillo; la hemorragia procedente de la maxilar inter-

na la cohibí con el taponamiento y la ligadura mediata, y después de diez días de taponamiento, tallando en la región frontal un colgajo cutáneo que ingerté por medio de suturas, etc., formé por la vía de la artroplastia una articulación, gracias á la cual la enferma pudo volver á abrir la boca.

Segundo caso.—De resultas de un traumatismo sufrido en la juventud, se produjo en este caso una obliteración de la nariz con ozena, cuya lesión fué tratada varias veces por los rinólogos sin ningún resultato. Después de abrir la nariz, invirtiendo hacia afuera los colgajos tallados con tal objeto, con escoplo y martillo extirpé las masas cicatriciales y las úlceras, á la vez que las prominencias óseas, y cubrí el defecto que quedaba con un colgajo cutáneo pediculado y tomado de la región del carrillo.

Tercer caso. — Se refiere á una niña que fué operada de un modo análogo, la cual en agosto de 1900 había sido tratada por mi sustituto, á causa de un estomacace grave y complicado con gangrena pútrida del suelo de la boca.

Cuarto caso.—Se trataba de un aneurisma cirsóideo de la región temporal derecha, que operé según el método de Krause con colgajo no pediculado, después de haber descubierto la carótida primitiva y ligádola provisionalmente con un hilo de goma.

Finalmente, aquí presento un joven que fué arrollado por un coche, sufriendo con ese motivo graves lesiones en las regiones sacra y glútea, complicadas con derrame sanguíneo intraperitoneal, rotura transversal del recto, gangrena de las masas glúteas, etc. Ligué las arterias y atraje el recto hacia abajo, fijándolo después con un tapón y suturas. Con dos operaciones autoplásticas que practiqué más tarde, el sujeto se curó completamente, incluso de su incontinencia anal.

Tratamiento conservador de los tumores purulentos de los anejos. — El doctor Dührsen: El método conservador de tratar los piosalpinx y los abscesos ováricos, y que tiene por base la incisión vaginal, merece propagarse y difundirse. Los procedimientos quirúrgicos á que tal método se presta son muy variados: incisión de la bóveda vaginal con abertura subsiguiente en el saco adherente, incisión en la bóveda vaginal lateral, disección y aislamiento de la vejiga, sección del ligamento cardinal, sección de ambos ligamentos cardinales en los casos de piosalpinx bilateral con parametritis, etc. En las mujeres jóvenes, cabe la posibilidad de conservar el ovario. Aun el procedimiento últimamente mencionado siempre viene á representar una intervención de mucha menos entidad que la extirpación vaginal total. De todos modos, sea cualquiera el método que se prefiera, hay que evitar tanto el prolongar demasiado el tratamiento expectante, camo todo lo que sea retener á las enfermas en la cama por mucho tiempo, ó practicar operaciones de gran importancia. Siempre debemos tener presente la regla del *tuto, cito et jucunde.*

Valor del régimen vegetal. (*Tema presentado por el Dr. Albu*).—El doctor Baer: En otro tiempo, sólo se daba carne á los presos cuatro veces al año. La ración diaria constaba de patatas, legumbres, farináceos y berzas; era, por lo tanto, muy rica en hidratos de carbono y muy pobre en grasa y en albúmina. Desde 1868 se añadió dos veces por semana 34 gramos de carne de vaca y 45 de carne de cerdo. La ración sólo contenía 103 gramos de albúmina, 22 de grasa y 610 de hidratos de carbono; la albúmina procedía

por completo de los vegetales y principalmente de pan negro de moyuelo (600 gramos). La ración se preparaba en forma de sopa y de papilla; contenía gran cantidad de agua y era poco apetitosa, sosa y monótona. No tardaron en presentarse en muchos presos asco, náuseas y repugnancia al alimento; sobrevinieron síntomas graves de dispepsia, trastornos digestivos, catarros intensos, diarreas, hidropesía, etc. La mortalidad era triple de la que correspondía á la edad de los sujetos, los cuales presentaban muy pronto un estado de caquexia general y de marasmo que los predisponía á toda clase de enfermedades endémicas y epidémicas, á la tisis, á afecciones del sistema quilopoyético, á estados de inanición, etc. La causa de esta mayor mortalidad la atribuyeron todos los médicos principalmente á la alimentación insuficiente, aunque también influían el hacinamiento y otras circunstancias antihigiénicas. Así es que, desde que en 1887 se redujo en la ración diaria la cantidad de hidratos de carbono y se añadieron grasas y albúmina animal bajo la forma de leche, queso, arenques, etc., de tal manera que vino á estar constituída por 24 gramos de albúmina animal, 80 de albúmina vegetal, 56 de grasa y 550 de hidratos de carbono, descendió la mortalidad de un 318 por 1000 á un 194 en los años 1888 á 89 y posteriormente á un 148. En Suecia é Inglaterra se han observado hechos análogos.

En resumen, el régimen vegetal es impropio y perjudicial para la alimentación colectiva en cárceles, cuarteles, hospicios y demás establecimientos análogos.

El Dr. Albu: Debo insistir en que mi único objeto ha sido apreciar el valor terapéutico del régimen vegetal y que, por otra parte, mis nuevos experimentos son algo más que hechos curiosos, puesto que nos han dado á conocer resultados de mucha importancia en lo que se refiere á la ración mínima de albúmina con que puede pasar el hombre en algunos casos. La discusión que acaba de sostenerse, demuestra que no es muy conocido el régimen lacto-vegetal, puesto que las indicaciones que yo he establecido ó no han sido aceptadas ó no han sido ampliadas en gran manera. Pero estoy también muy lejos de aconsejar este régimen como una panacea, pues sólo me he propuesto precisar sus indicaciones en determinados grupos morbosos.—R. del Valle.

XIX CONGRESO ALEMÁN DE MEDICINA INTERNA

Celebrado en Berlín del 16 *al* 19 *de Abril de* 1901.

Discurso inaugural. — El *Dr. Senator* recuerda los grandes progresos que se han realizado en el siglo XIX, sobre todo en lo que se refiere al diagnóstico, progresos que exceden con mucho á los que se habían alcanzado en este mismo terreno en los siglos precedentes. Al empezar el siglo XIX el médico no contaba con más medios de investigación que con sus cinco sentidos, sin ningún otro auxilio, y áun éstos mismos no los sabía utilizar como aprendió después á hacerlo. En la actualidad, un Hércules no sería capaz de llevar consigo todos los medios y aparatos que se emplean para poder establecer

el diagnóstico, y basta como prueba una ojeada á la Exposición que se celebra al mismo tiempo que este Congreso.

A pesar de todo, ha habido, y áun sigue habiendo, Escuelas como la Homeopática y la de Rademacher que pretenden tratar á los enfermos, si no renunciando en absoluto á todo diagnóstico, contentándose con la apreciación de los síntomas más ostensibles, y concediendo muy poca importancia ó hasta menospreciando en absoluto la Anatomía patológica y la tiología.

Los primeros progresos en el arte del diagnóstico no influyeron en la terapéutica. En efecto, á medida que se fueron conociendo mejor las lesiones patológicas de los órganos y se comprendió, gracias á las investigaciones microscópicas, que áun en enfermedades localizadas en apariencia se interesaban más ó menos todos los tejidos del cuerpo, se iba perdiendo la esperanza de poder influir en los procesos morbosos, con medios terapéuticos, y sobre todo con medicamentos. Hasta llegó á dudarse de que fuera posible tratar con éxito las enfermedades internas. Esta tendencia era al mismo tiempo una reacción contra el abuso de las evacuaciones sanguíneas y de los vomitivos y purgantes que tan en boga habían estado en cierto tiempo, abuso que también vino á combatir la Homeopatía, único mérito por cierto de este sistema. Llegó un momento en que dominaba el nihilismo terapéutico, y en que, por lo tanto, había médicos que cifraban todo su empeño en obtener triunfos diagnósticos, abandonando en cambio el tratamiento como cosa accesoria.

Pero no tardó en cambiar este estado de cosas. La química comenzó á enriquecer á la materia médica con importantes remedios; los métodos curativos físico-dietéticos adquirieron mayor estimación y se fueron modificando, y, finalmente, llegó la época de la antisepsia y de la asepsia, viéndose entonces que todo lo que perfecciona el diagnóstico también redunda al fin en beneficio de la terapéutica. Se penetró en la naturaleza de enfermedades que hasta entonces estaban muy mal conocidas y que se habían agrupado bajo una denominación común, las cuales, una vez bien conocidas ofrecieron terreno muy favorable para la profilaxia y la terapéutica. Tal sucedió, verbigracia, con la triquinosis, las anemias parasitarias, sobre todo la producida por el anquilostoma, la actinomicosis, el mixedema, las diversas formas de afecciones renales, etc. Además, se pudo establecer el diagnóstico de enfermedades que hasta entonces sólo se conocían en el cadáver, pero que desde dicha época ya fué posible estudiarlas con éxito á la cabecera del enfermo. Merecen en tal concepto especial mención aquellas enfermedades orgánicas que la Medicina interna sustrajo al tratamiento quirúrgico gracias á los progresos del diagnóstico, comenzando por el hidrotórax y terminando por las múltiples afecciones que se pueden presentar en la profundidad del vientre y en el interior del cráneo y del conducto vertebral. Después se aprendió á conocer en sus primeros comienzos ciertas enfermedades que antes sólo se diagnosticaban cuando estaban bien desarrolladas y se hallaban en un período avanzado y quizá incurable, resultando de esto que con los nuevos adelantos se las vino á diagnosticar en una época en que todavía no han provocado ningún daño grave, y en que, por lo tanto, presentan mayores probabilidades de terminar favorablemente. Hace ochenta ó cien años sólo se conocía la diabetes sacarina en sus formas más

graves y más avanzadas y se la consideraba como una enfermedad rarísima y de muy mal pronóstico, por más que la vida podía durar con ella algunos años. De entonces acá se ha aprendido á conocer la enfermedad, con lo cual su tratamiento promete muchas mayores esperanzas en la generalidad de los casos. Respecto á la tabes, hará sólo unos cincuenta años que Romberg creía una obligación humanitaria manifestar desde luego á estos enfermos que con las intervenciones terapéuticas no podían más que perder terreno. Hoy en día conocemos la enfermedad en una época en que sería inhumano y hasta indisculpable renunciar á intervenciones terapéuticas que pueden mejorar á estos enfermos y colocarlos durante muchos años en un estado satisfactorio y en disposición de desempeñar sus deberes profesionales. La tuberculosis era tan temida en otro tiempo que los médicos no querían declarar la enfermedad á sus clientes; en cambio hoy acuden éstos en tropel á los Sanatorios. La sueroterapia, última adquisición de la Terapéutica, es resultado exclusivo de los progresos que ha hecho el diagnóstico en el dominio de la bacteriología.

La profilaxia de las enfermedades ha ganado muchísimo con los progresos en el arte del diagnóstico, pues si bien es cierto que v. Pettenkofer con sus fructuosos trabajos ha sido el promotor de las mejoras en el terreno de la higiene, y por lo tanto, en la profilaxia de las enfermedades, es lo cierto que ésta no alcanzó un nivel en que ántes no hubiera podido pensarse influyendo no sólo en la salud individual sino también en la vida de los pueblos, en el tráfico y en la prosperidad de las naciones hasta que, gracias á las investigaciones fundamentales de Roberto Koch se consiguió poder descubrir los agentes específicos de determinadas dolencias. Todo lo que se ha alcanzado en nuestra época respecto á la profilaxia del cólera, de la peste, de la rabia, de la lepra y del paludismo, sin hablar de las desvastadoras epizootias, no se hubiera podido hacer sin diagnóstico bacteriológico.

Si la terapéutica ha dejado de ser lo que era, hará una generación, el hijastro de la Medicina, se debe esto en gran parte á los progresos del diagnóstico, que nos han permitido reconocer en el vivo lo que nos había enseñado Morgagni en sus siete libros *de sedibus et causis morborum*. Cada nuevo avance en el conocimiento de la enfermedad, prepara el camino á un progreso ulterior en su terapéutica.

Pero el diagnóstico médico tiene que resolver además otros problemas, tales como el de la manera de reaccionar el organismo á los distintos estados morbosos, el de averiguar hasta qué punto las disposiciones propias de la economía intervienen, para defenderla de las causas nocivas, cómo se modifica el estado general y de qué modo se conducen los órganos de más importancia. Todo médico de alguna práctica sabe que una misma enfermedad puede exigir un tratamiento diferente, según las variaciones que presenten las particularidades antes mencionadas. Como Hufeland ha dicho en su tiempo, puede suceder que tratemos muy bien á la enfermedad, y muy mal al enfermo. Importa mucho saber si la vida de éste está amenazada de peligro, y en caso afirmativo, de qué clase de peligro se trata. En muchos casos el diagnóstico de este peligro es más decisivo para la conducta del médico que el del asiento y causa de enfermedad, sin que esto quiera decir que deba abandonarse el tratamiento sintomático, el cual exige ser muy te-

nido en cuenta siempre que un síntoma adquiere tal intensidad que se hace intolerable. Esto no quiere decir que haya necesidad de combatir desde luego todo síntoma que figure en primer término, como lo hacen los charlatanes. Hay que saber conceder á cada uno su importancia respectiva, y este diagnóstico requiere á veces más sagacidad y experiencia que el diagnóstico del asiento de la enfermedad y de la causa del peligro existente. El diagnóstico que se encamina á conocer la enfermedad, siempre debe ser el norte de la terapéutica. En este sentido siempre tendrá validez el proverbio: *Qui bene diagnoscit, bene curat.*

Medicamentos cardíacos y vasomotores.—El Dr. Gottlieb, de Heidelberg: Todo trastorno de la circulación determina una distribución patológica de la sangre. El objeto de los medicamentos cardíacos y vasomotores es restablecer la normalidad de esta distribución. Sólo el análisis de todas las funciones orgánicas es el que nos puede dar una idea exacta de cómo está distribuída la sangre en el momento respectivo, pues si bien el pulso radial nos da á conocer el grado de repleción de los vasos periféricos, no nos permite deducir el estado de la distribución general de la sangre; para esto tenemos que conocer también el contenido sanguíneo de los órganos interiores. Verdad es que, áun en estado fisiológico, varía mucho la afluencia de sangre á los diferentes órganos, según la mayar ó menor actividad de éstos, por lo cual puede modificarse la distribución de la sangre, sin perjuicio para el organismo, con tal que la inervación vasomotora sea capaz de conservar constante la circulación general. El nervio esplácnico es el encargado de regular la distribución de la sangre; cuando su función se anula se estanca el líquido sanguíneo en los vasos abdominales, y el hígado y la vena porta se congestionan muchísimo; en cambio disminuye la cantidad de sangre en las demás partes del cuerpo, incluso en el corazón, desciende la presión aórtica y se presenta el cuadro del colapso por parálisis vascular. Como también afluye muy poca sangre á los vasos cerebrales, sobrevienen lipotimia y pérdida del conocimiento. La debilidad y el decaimiento acompañan ya á los primeros períodos de la parálisis vascular. Finalmente, se hace frecuente el pulso porque con el descenso de la presión aórtica desaparece el tono vascular, el corazón trabaja con más rapidez tratando de elevar la presión con sus contracciones más frecuentes, y al mismo tiempo se empequeñece el pulso porque el corazón trabaja con poco líquido, puesto que habiendo cesado la *vis à tergo* en la corriente venosa se vacían las venas con más dificultad. Los cardíacos sirven poco en este caso, porque lo que le falta al corazón no es aptitud para trabajar, sino material que impulsar. Mientras recibe sangre de territorios relativamente anémicos, y la que impulse sirva para llenar de nuevo los vasos abdominales cuya distensibilidad sea enorme, persistirá la distribución patológica del líquido sanguíneo.

Estas parálisis vasculares se observan en su forma más grave en las intoxicaciones narcóticas, v. gr., con el alcohol ó con el hidrato de cloral. También se pueden observar después de enfermedades infecciosas; sin embargo, el cuadro no puede sujetarse á un esquema, porque será muy raro, si la parálisis vasomotora es grave y dura mucho tiempo, que la vida no sea amenazada, además, por trastornos respiratorios ó por perturbaciones cardíacas de otro origen.

El tipo de los medicamentos vasomotores es la estricnina que excita el centro del vago; pero como al mismo tiempo provoca convulsiones, es preferible usar la cafeína. El alcanfor también aumenta la presión sanguínea excitando el centro vasomotor; substancias análogas, pero solubles al mismo tiempo, estarán llamadas á desempeñar un gran papel. El vaso constrictor más enérgico, la suprarrenina, no ha adquirido hasta ahora importancia como medio de modificar la distribución general de la sangre. Pössler ha demostrado que los demás medios mencionados obran en los animales atacados de infección, aunque exista una parálisis profunda.

Los medicamentos vasomotores sólo estrechan los vasos de los órganos internos; la estricnina hace que afluya mayor cantidad de sangre á la piel y al cerebro. Con las excitaciones sensitivas observamos la misma contraposición; se estrechan los vasos del vientre, aumenta la presión sanguínea y circula más cantidad de sangre por la piel y el cerebro. Resulta de esto que las excitaciones cutáneas (frío) obran lo mismo que la cafeína y el alcanfor.

Mejorando de este modo el abastecimiento sanguíneo de órganos importantes para la vida, se restablece en ocasiones la función en tales términos, que el organismo llega á dominar á la causa morbosa. Gracias á esto, hay casos en que los medicamentos vasomotores salvan la existencia del enfermo.

En los casos de colapso, lo que más se usa es el alcohol y el éter, que, lejos de contraer los vasos, los dilatan y hasta los paralizan. El empleo general del alcohol en los casos de colapso, sólo tienen fundamento farmacológico suficiente en el corto número de casos en que la anomalía en la distribución sanguínea es debida, no á la parálisis, sino al espasmo de los vasos periféricos. En los casos de terror, escalofrío, fiebre séptica y otros análogos, puede suceder que estén anémicos el cerebro y la piel, no porque se haya paralizado el esplácnico, sino porque se hayan contraído espasmódicamente los vasos respectivos. En estos casos está indicado el alcohol.

Llámanse medicamentos cardíacos á los capaces de levantar la abatida energía del corazón. El caso más sencillo es cuando éste se contrae con demasiada poca frecuencia, y á causa de ello se llenan más las arterias, y se hinchan, en cambio, las venas. Entonces está indicada la atropina. Es mucho más frecuente que la insuficiencia del corazón dependa de la debilidad de cada uno de sus latidos.

Con los medicamentos cardíacos, y en especial con la digital, combatimos la distribución anormal de la sangre, pero no la causa de la afección cardíaca misma. Esto, no obstante, en pocas ocasiones como en ésta da resultados tan brillantes el tratamiento sintomático.

Al grupo de la digitalina pertenecen otros cuerpos de acción análoga. Además de los principios activos de la digital, hay que incluir la estrofantina, la adonidina y la convalamarina. Todas estas substancias son venenos del corazón, pero en los primeros períodos de sus efectos, se pueden utilizar en terapéutica. Producen en principio el mismo resultado en los animales de sangre caliente que en los de sangre fría. Si se inyecta á un perro una dosis fuerte de un principio activo de la digital, se observan, como lo hace notar Schmiedeberg, tres períodos: aumento de la presión sanguínea y retardo del pulso; mayor aumento de dicha presión y aceleración del

pulso; y por último, aritmia, descenso de presión y muerte, por el corazón. Yo divido los síntomas en dos períodos: el terapéutico ó de mayor actividad cardíaca y el tóxico ó de menor actividad cardíaca. En el primero, el pulso es casi siempre poco frecuente ó por lo menos no aparece modificado; en el segundo, está acelerado y quizá arítmico. Antes de aumentar la frecuencia del pulso, existe otro período en que su lentitud es excesiva. Según esto, en el período terapéutico coexisten el aumento de presión y el retardo del pulso, hechos que ya Traube atribuía á dos efectos independientes del veneno, uno sobre el vago y otro sobre el corazón. Así lo demostró también Ackermann haciendo ver que en los animales atropinizados también se modifica la presión sin que aparezca alteración marcada en la frecuencia del pulso. En el aumento de presión, influye mucho más el mayor trabajo del corazón que la estrechez de los vasos. Los experimentos que se han hecho para estudiar aparte estos dos fenómenos, sólo permiten establecer conclusiones probables. Tampoco es posible aplicar desde luego al hombre lo que se observa en la rana. En estos últimos tiempos se han ideado dos métodos para estudiar la acción directa de los venenos cardíacos sobre el centro circulatorio: uno es el de Langendorf, que consiste en hacer pasar sangre por el corazón superviviente de un mamífero; el otro, debido á Hering y á Bock, consiste en aislar el corazón de la circulación sanguínea. Magnus y yo hemos llenado el corazón superviviente de animales de sangre caliente con un contenido, cuya expulsión se podía determinar después cuantitativamente. Así hemos averiguado, v. gr., que el trabajo del ventrículo izquierdo de un corazón aislado, de un gato, podía aumentar de tres á cuatro veces bajo la influencia de la digitoxina.

Schmiedeberg cree que lo que caracteriza á la digital es el aumento que determina en la elasticidad del corazón, con lo cual éste se distiende más durante el diástole, y por lo tanto, no aumenta la fuerza absoluta del corazón, sino que se utiliza mejor por el hecho de su contracción más enérgica durante el sístole. No conocemos la causa íntima de estas modificaciones; acaso se llegue á descubrir estudiando las diversas cualidades del músculo cardíaco.

Respecto á la cuestión de si la digital modifica también el diástole, haré notar que en el período terapéutico se hace mayor á consecuencia de la acción sobre el vago. En el corazón de la rana hasta aumenta cuando está atropinizado, y por lo tanto, independientemente de dicha acción. En cambio, en los animales superiores atropinizados, la acción sobre el sístole es mucho más marcada, siendo dudoso que el diástole se refuerce si no hay al mismo tiempo retardo del pulso. En el corazón superviviente es indudable que el volumen del pulso aumenta, sin que se refuerce el diástole.

Sabido es que, aun el corazón normal, no se vacía por completo en el sístole; con mayor razón sucederá esto en los casos patológicos. Cuando tal sucede la digital hace que el corazón se vacíe por completo, y con esto sólo que también se llene del todo en el diástole. La lentitud del pulso también es causa de que la aspiración de la sangre se realice mucho mejor; así es que si se acelera por haber sido seccionados los vagos apenas se indica este efecto. Con el pulso frecuente la distensión diastólica es incompleta, porque persiste algo de contracción del sístole precedente. Con la excitación del

vago, disminuye este resto de contracción, y se produce una dilatación diastólica más completa. Con esto y con la mayor duración del diástole, aumenta tanto el volumen del pulso con la excitación del vago, que la moderada disminución del número de latidos es compensada con exceso, y el corazón realiza más trabajo en la misma unidad de tiempo. Además, lo efectúa con mayor economía, porque utiliza por completo su energía contráctil, y al mismo tiempo son más largos los períodos de descanso del órgano.

Pero si la lentitud del pulso es excesiva, la mayor repleción del órgano no basta para compensar las consecuencias de dicha lentitud. Por esto mismo la digital presta mayores servicios en los casos de estancación sanguínea en que enrarece el pulso en un grado moderado. En ciertos casos de obstáculo á la corriente sanguínea, puede suceder que dicho enrarecimiento perjudique al corazón. El efecto máximo de la digital se obtiene cuando ésta produce distensión perfecta en el corazón, retardo moderado en el pulso y sístole completo. No siempre importa en estos casos que aumente la presión sanguínea, lo esencial es que se desahogue la circulación venosa y que se llenen mejor las arterias y los capilares.

Para saber manejar la digital es preciso conocer su modo de obrar en los vasos. Schmiedeberg creía que éstos no intervenían en el aumento de presión; ahora bien, midiendo ésta en distintos territorios vasculares antes y después de administrar la digital, se ve que varía no poco la presión en dichos territorios. De las investigacones que hemos hecho Magnus y yo resulta que cuando empieza á descender la presión bajo la acción de los principios de la digital, se estrechan los vasos regidos por el esplácnico; en cambio, tanto con la digitalina verdadera, como con la estrofantina, etc., se acelera claramente la circulación en los vasos periféricos, y sólo se estrechan también éstos cuando se acentúa el efecto del medicamento. Resulta de esto que las digitalinas y la estrofantina estrechan los vasos, y esta estrechez no puede menos de contribuir también á aumentar la presión sanguínea. Pero si se acentúa mucho obliga á mayor trabajo al corazón, neutraliza la acción de la digital sobre este último y, por lo tanto, se hace más pequeño el pulso. Respecto á la acción reguladora del pulso, es muy poco lo que se sabe. Al parecer es debida á una mayor excitabilidad en el aparato motor del corazón, la cual si pasa de cierto grado se manifiesta bajo la forma de aritmia.

De lo dicho se deduce que en el período terapéutico de la acción de la digital, se combinan del modo más íntimo sus efectos sobre la energía de cada latido, la frecuencia y ritmo del pulso y las paredes vasculares, explicándose así la acción terapéutica de este medicamento, que es el más específico de todos los cardíacos.

El alcanfor no modifica la energía anormal de cada sístole, pero en los casos patológicos aumenta la excitabilidad del corazón y pone á éste en condiciones de trabajar con más energía. Este efecto, que sólo se había demostrado en la rana, lo he comprobado también en el conejo. El alcanfor es capaz, por lo tanto, de salvar al corazón del escollo en que á veces tropieza por disminución transitoria de su excitabilidad.

La cafeína difiere de la digital no sólo en sus efectos tóxicos, puesto que con la primera el corazón muere en medio de contracciones débiles y frecuentes, y con la segunda en reposo sistólico, sino también porque la cafeí-

na no aumenta el volumen del pulso, efecto que, como sabemos, es el más esencial de la digital. En el corazón de un mamífero por el que se hace pasar sangre, según el método de Langendorf, se ve que el efecto principal de la cafeína consiste en una dilatación de las venas coronarias, que acaso explique los buenos resultados de la teobromina; pero no se observa un efecto directo sobre el latido cardíaco. Sin embargo, en condiciones patológicas se comprende muy bien que con la cafeína mejore el trabajo del corazón. En efecto, el de la rana adquiere con dicha substancia la facultad de luchar contra una mayor presión, y, según Bock, lo mismo sucedería con el del conejo. Según esto, la cafeína podrá ser muy útil para un corazón enfermo, si la presión aórtica es demasiado elevada.

El alcohol influye en el corazón, haciendo descender la presión sanguínea por parálisis vascular, lo cual puede tener ventajas cuando la presión aórtica es excesiva en absoluto, ó por tratarse de un corazón enfermo. El alcohol disminuye en este caso las resistencias.

Son, por lo tanto, muy complicados los mecanismos por medio de los cuales los medicamentos cardíacos y vasomotores influyen en la circulación; esto no obstante, los conocimientos adquiridos permiten esperar que la farmacología experimental y la clínica, caminando de acuerdo, nos harán conocer mejor la distribución patológica de la sangre en cada caso concreto, y elegir, por lo tanto, el medio más adecuado para normalizarlo.

El Dr. Sahli, de Berna: El porvenir de la medicina interna se halla en el perfeccionamiento del diagnóstico funcional, puesto que son muy pocos los casos en que el andar buscando tratamientos específicos conduce al fin apetecido. En cambio, una vez establecido el diagnóstico funcional exacto, el problema terapéutico consiste en instituir un tratamiento que se adapte al trastorno funcional como la llave á la cerradura. Hoy por hoy, pocas veces estamos en posesión de los datos necesarios para conseguir este objeto. Vamos, sin embargo, á estudiar desde este punto de vista la patología general y el diagnóstico funcional de las estancaciones circulatorias, como indicación de los medicamentos cardíacos y vasomotores.

Entre los estados de estancación que tienen de común el retardo en la corriente aórtica y la distribución anormal de la sangre, hay que distinguir: los de origen cardíaco, que pueden ser debidos á insuficiencia del sístole ó á dificultad mecánica del diástole; los de origen respiratorio en las afecciones de los órganos respiratorios y en los casos de derrames intratorácicos, por más que éstos son también de origen cardíaco, y por último, las estancaciones vasomotoras producidos por parálisis de los vasos pequeños de la circulación mayor.

En las estancaciones de origen cardíaco, no siempre está disminuída la presión arterial; hay casos, contra la opinión general, en que está aumentada.

Existe una estancación poco conocida, que se localiza de preferencia en el dominio de los vasos inervados por el trisplácnico, y que en unos casos es de origen cardíaco y en otros proviene de una vaso-dilatación primitiva. La localización trisplácnica de la estancación de origen cardíaco, se revela por la palidez del enfermo, es de mal pronóstico y parece reconocer por causa la necesidad que tienen los órganos abdominales de estar bien regados de sangre para seguir funcionando.

Importa mucho conocer no sólo el cuadro completo de estas diversas estancaciones, sino también el cuadro parcial ó incipiente de las mismas para poder plantear oportunamente el tratamiento indicado.

La digital puede ser útil en todas las formas mencionadas de estancación. Esto no obstante, según la naturaleza de esta última, así habrá que combinar con la digital otros medios terapéuticos, tales como la cafeína y el alcanfor, cuando existen estancaciones por dilatación muscular, y los procedimientos que mejoran las afecciones de los órganos respiratorios en los casos en que la estancación es de origen cardio-respiratorio.

En las estancaciones con gran tensión, la digital no sólo no la aumenta, sino que la disminuye, y por lo tanto, lejos de estar contraindicada la digital, se la debe administrar en estos casos, si bien convendría emplear, además, medios vaso-dilatadores para disminuir las resistencias de la circulación.

En los trastornos de compensación, la digital produce muchas veces un efecto curativo, porque no sólo mejora la circulación mientras se administra, sino que esta acción se sostiene por mucho tiempo. Se explica este hecho porque la digital, al reforzar la acción cardíaca, no sólo mejora la circulación de los demás órganos, sino también la del mismo centro circulatorio, rompiéndose así el círculo vicioso que perpetuaba la anormal distribución sanguínea. Este ejemplo demuestra cómo un tratamiento sintomático, fundado tan sólo en base fisiológica, puede ser curativo.

De todos los obstáculos que se oponen á veces á la acción de la digital, uno de los más importantes es la estancación, que yo llamo esencial, por no depender de un menoscabo en la fuerza del corazón, sino más bien de que ya ha adquirido tal grado el defecto de una válvula insuficiente, que es inevitable la estancación sanguínea, aunque el corazón se contraiga con energía y el sístole se efectúa de un modo completo. En este caso, el efecto de la digital es insuficiente y transitorio, porque sólo puede aumentar en un grado muy reducido la cantidad de sangre que circula en la unidad de tiempo. El desconocimiento de estos hechos ha sido causa muchas veces de juicios erróneos sobre la acción, al parecer diferente, de la digital en las distintas lesiones valvulares. En realidad, no existe tal diferencia desde el punto de vista hidráulico; y si la digital es menos eficaz en los casos de insuficiencia aórtica, hay que atribuirlo á que muchos de estos casos, después de un larguísimo período de buen estado de salud aparente, se someten á tratamiento cuando ha sobrevenido la estancación esencial, la situación es muy grave y existen toda clase de complicaciones.

Respecto á la dosis, conviene distinguir entre las dosis grandes, que influyen en el sístole y en el diástole, y las pequeñas, que sólo obran en el primero. Por lo que se refiere al uso prolongado del medicamento, á la acumulación y al hábito, me adhiero en un todo á las opiniones que han emitido hace poco tiempo Grödel y Kussmaul. Hay muchos enfermos que deben su vida al uso casi continuado del medicamento.

Los demás medios del grupo de la digital, como la estrofantina, la adonidina y la convalamarina, obran todos de un modo muy parecido al primero, y son de aplicación práctica. En cambio, la cafeína y el alcanfor obran de un modo muy diferente á la digital. En el caso de que tengan una acción

excitante, y hasta ahora no se ha demostrado suficientemente que así suceda, es puramente sistólica, y por lo tanto, conviene aprovecharla, principalmente en los casos de estancación con presión elevada. Pero donde se emplean sobre todo ambos medicamentos, como vasomotores, es en los casos de estancación por dilatación vascular. Hacen falta nuevos métodos de investigación de la aritmia para determinar en qué formas de esta anomalía funcional conviene utilizar el poder regulador de la cafeína y del alcanfor. Las ventajosas propiedades de estos medicamentos, respecto á la respiración y á la acción dietética de la cafeína, son cualidades accesorias, pero á la vez muy útiles, de estos medicamentos.

Hasta ahora no se ha demostrado que el alcohol influya directamente en el corazón; pero en los casos de estancación con presión elevada, puede, provocando la dilatación vascular, facilitar el trabajo del centro circulatorio y apoyar de este modo la acción de los tónicos cardíacos. En cambio, por la fugacidad de sus efectos, no sirve en estos casos como medio exclusivo.

En las enfermedades infecciosas agudas no tiene ventajas para mejorar la circulación, porque obra sobre los vasos, lo mismo que los venenos infecciosos. En cambio es útil para mejorar la circulación en el escalofrío febril y cuando es insuficiente la reacción después de un baño frío. Tampoco sirve para combatir el colapso, á no ser en los casos de colapso psíquico y en aquellos en que puede ser útil como dilatador vascular, y, por lo tanto, en los colapsos en que la presión sanguínea es normal ó está aumentada. Lo mismo podemos decir del éter.

No conviene usar al mismo tiempo varios medicamentos del grupo de la digital, ni de un modo sucesivo cuando ha fracasado uno de ellos; es preferible que en esta combinación ó en esta sucesión entren medios de acción algo diferentes. Además de los cardíacos y vaso-motores, propiamente dichos, convendrá á veces recurrir á los dietéticos, á los bromurados, á los purgantes, etc., pues es bien sabido cuán complicada es la máquina humana y cómo se puede influir en ella, lo mismo desde el intestino que desde el cerebro. En algunos casos, los medios de acción psíquica son los más eficaces como cardíacos y vasomotores. — R. del Valle.

(*Continuará*).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 8 *de Marzo de* 1901.

Enfermedad de Addison.—El Dr. Ehrmann: En el sujeto de treinta y cinco años que aquí comparece, se presentó hace varios una coloración morena de la cara y de las manos que al principio se manifestó claramente en el verano, y en septiembre desapareció en su mayor parte, de tal manera, que la piel de este enfermo parecía como tostada por el fuego. En el último verano, se pronunció muchísimo la coloración morena, pero esta vez ya no desapareció en septiembre. El diagnóstico de enfermedad de Addison que se estableció con estos datos, fué confirmado por otros síntomas, tales como la adinamia consi-

derable, los trastornos gástricos y la existencia de una zona pequeña pigmentada en la mucosa del carrillo derecho detrás del ángulo bucal respectivo. En los meses sucesivos, aumentaron en intensidad y extensión, no sólo la pigmentación de la piel, sino también la de la mucosa. La nutrición del paciente se ha quebrantado muchísimo, y también se han puesto más obscuros los cabellos.

Tumor en la región superior del muslo derecho.—El Dr. Reimann: Una enferma que en estos últimos cuatro años había padecido repetidas veces de molestias gástricas, notó hace dos la existencia de un tumor del tamaño de un puño en la región superior del muslo derecho. Este tumor fué aumentando gradualmente de tamaño, y ocasionaba dolores punzantes y muy violentos cada vez que la enferma realizaba un esfuerzo. La exploración reveló la existencia de un tumor del tamaño de la cabeza de un feto en la región abdominal. Este tumor presentaba una superficie lisa, consistencia elástica y no se dislocaba con los movimientos respiratorios. Por medio de la palpación bimanual, se consiguió empujar el tumor desde la región lumbar, contra la mano aplicada al abdomen. En la orina no se encontraba ningún elemento morfológico anórmal.

Se diagnosticó una hidronefrosis, diagnóstico que fué confirmado después por la operación. Al practicar esta se vió que el factor etiológico había consistido en una flexión angular del ureter. Como la simple fijación renal no bastaba para enderezar este conducto, fué necesario emplear un procedimiento quirúrgico más complicado. Prescindiendo de las operaciones que interesan al mismo ureter, también he de mencionar otros dos métodos que se han propuesto muy especialmente para remediar los trastornos funcionales. Estos procedimientos son la pielo-aplicación según el método de Israel y el embastado (*capitonnage*) deAlbarrán, que consiste en excindir una parte de la pelvis renal y en practicar después la sutura consiguiente. En el caso actual se llevó á cabo la última operación con buen resultado, tanto que la enferma salió del hospital á las seis semanas de haber ingresado.

Fenómenos muy singulares de palpación y de auscultación localizados en la aorta abdominal, y en los grandes vasos que de ella provienen. — El doctor Schlesinger: Aplicando la mano al vientre de la enferma que aquí presento, se percibe una vibración muy fuerte que se marca más en el momento del latido arterial. Si se ausculta á lo largo de la aorta abdominal, se oye un ruído sistólico bien marcado que se puede seguir por las dos arterias ilíacas, y que se percibe aunque más debil en las dos femorales á su paso por la región inguinal. En el corazón existe una hipertrofia poco marcada de su lado izquierdo. En la punta del mismo se oye á veces algo borroso el primer sonido; los demás no presentan ninguna alteración. También aparecen puros los sonidos que se escuchan sobre la aorta ascendente y sobre el cayado aórtico; en el dorso y al lado izquierdo de la columna vertebral, comienza un ruído sistólico muy breve. El examen radiográfico de los órganos del pecho, no ha revelado la menor anomalía. En la orina se encontraron al principio gran cantidad de albúmina y de elementos renales; después fué disminuyendo poco á poco la albuminuria.

No me encuentro en condiciones de poder dar una explicación segura del conjunto de síntomas que acabo de describir, y que es sumamente raro; es

muy posible que se trate de vegetaciones endo-aortíticas localizadas tal vez á nivel del punto de origen de las arterias renales, donde muy bien pueden haber producido una estrechez muy graduada de la aorta.

Torsión del epiploón. — El Dr. Oelwein : La preparación anatomopatológica que aquí presento, está constituída por un epiploón torcido varias veces sobre sí mismo, que se extirpó, por medio de la laparotomía, á una mujer de cincuenta y cuatro años. En esta enferma la tracción ejercida por parte de una hernia epiploica, determinó la formación de un pedículo, y posteriormente la torsión sobre su eje de todo el epiploón. Después de ligado el pedículo y de extraída la porción de epiploón, que había dentro del saco herniario, se pudo extirpar sin dificultad el epiploón, que se hallaba en un alto grado de cianosis y de hidropesía. La enferma se curó, y en la actualidad se encuentra bien.

Divertículo por impulsión, de V. Zenker. — El Dr. Laub: El individuo de cuarenta y cinco años que aquí presento, viene observando desde hace algunos, que durante ó después del acto de comer, es muy frecuente que expulse de nuevo parte del alimento ingerido, sin ningún esfuerzo de verdadero vómito. Esta afección que atribuye á una espina de pescado que ha tragado hace mucho tiempo, se fué agravando progresivamente en todos conceptos, de tal manera que siempre que come y aun fuera de las horas de comer, y en algunos casos hasta durante la noche, son regurgitados los alimentos, tanto líquidos como sólidos, observándose que en algunos casos salen mezclados con gran cantidad de moco. Además de esto, se presenta un molesto ruído de clocleo que aparece á menudo durante y fuera de las horas de comer. El cateterismo dió resultados variables. Hace dos años la sonda tropezaba siempre en un obstáculo ; en cambio hace tres semanas, conseguí introducir la sonda gástrica elástica en el esófago, y sin ninguna dificultad. Los síntomas clínicos y la anamnesia hacían suponer la existencia de un divertículo faringo-esofágico, y en efecto, el examen radioscópico ha confirmado por completo este diagnóstico.

Gangrena intestinal extensa. — El Dr. Ullmann : La preparación que aquí presento, se refiere á una mujer de cincuenta y cuatro años que cayó enferma hace nueve días, con fenómenos de encarcelación en una hernia umbilical, que ya tenía muchos años de fecha. El médico que se llamó con este motivo, consiguió reducir aparentemente la hernia ; pero á los nueve días se presentaron dolores repentinos, comprobándose entonces que el abdomen estaba abultado desde el ombligo para abajo, por un tumor perfectamente marcado, y que la piel que cubría á esta zona estaba reluciente y muy distendida. En la región correspondiente al tumor, la percusión daba el sonido correspondiente al intestino. La operación que se practicó en el acto, hizo ver que la reducción de la hernia no había sido más que aparente, que en realidad dicha hernia se había introducido en una cavidad artificial creada entre la piel y la aponeurosis. El trozo de intestino estrangulado se había gangrenado por completo, y fué necesario extirparlo en su totalidad, no obstante tratarse de casi todo el intestino grueso. El curso de la operación fué favorable, pero el pronóstico *quoad vitam* es dudoso.

Intoxicación con el «agaricus terminosus». — El Dr. Goldmann: Voy á exponer algunas consideraciones acerca de la intoxicación con la seta venenosa

que se conoce con el nombre de «agaricus torminosus», tomando por base la observación de 11 casos, de los que 3 recayeron en niños, 6 en hombres y 2 en mujeres, habiendo fallecido éstas últimas y uno de los niños. Los enfermos presentaron todos ellos los síntomas propios de una gastro-enteritis más ó menos violenta. El principio venenoso de la seta, parece ser la agaricina. Los primeros fenómenos consistieron en náuseas, zumbido de oídos, sensación de compresión, vómitos, diarrea tan abundante, que hasta adquirió un carácter coleriforme, calambres de estómago, debilidad general, midriasis, conservándose intacta la reacción refleja de la pupila, anuria y coma. La muerte sobrevino en medio de los síntomas propios de la parálisis cardíaca. La autopsia reveló el cuadro típico de una gastro-enteritis, combinada con disminución en la cantidad de agua, y con degeneración grasienta del corazón, del hígado y de los riñones. Los casos que no terminaron por la muerte, presentaron tan sólo el cuadro propio de un catarro gástrico intestinal agudo. Como medida profiláctica, recomiendo cocer la seta sobre todo en leche, con lo cual el principio tóxico, que es una resina que se halla muy dividida, se coagula y de este modo se vuelve insoluble.

Parálisis obstétricas. — El Dr. Stoepe : Con motivo de un caso que he tenido ocasión de observar personalmente, he practicado una serie de experimentos que me permiten establecer las siguientes conclusiones : 1.ª, las parálisis en el dominio del plexo braquial debidas á la aplicación del forceps, sólo son posibles si la cabeza está doblada cuando se olvidan las reglas de aplicación de dicho instrumento, ó bien cuando no se reconoce la existencia de tal flexión; 2.ª, las parálisis producidas por compresión ejercida por la clavícula, son posibles cuando un brazo, y con él la clavícula respectiva, son elevados enérgicamente hacia arriba y atrás ; 3.ª, las parálisis pueden ser producidas hallándose el feto en presentación cefálica, por tracción de los nervios cervicales quinto y sexto, á consecuencia de los tirones enérgicos que se ejercen para extraer los hombros, cuando la cabeza está muy inclinada. La parálisis interesa el lado opuesto á la inclinación ; 4.ª, una tracción enérgica estando doblada la cabeza, favorece el desarrollo de las parálisis.

De las dos últimas conclusiones se deduce que las tracciones ejercidas en la cabeza, están exentas de peligros, siempre que se realicen en dirección axial, ó sea en la de la columna vertebral, pero que puede sobrevenir parálisis si la cabeza está inclinada tal vez, á uno ú otro lado, y sobre todo si se halla al mismo tiempo en flexión. En los partos espontáneos, son más raras las parálisis, porque la mujer permanece en la cama y en decúbito supino, de lo cual resulta como es natural, que la cabeza del feto no pueda inclinarse mucho. En cambio ya no sucede lo mismo en los partos que se verifican en la mesa de operaciones ó colocada la mujer al través de la cama, porque en este caso, deja de existir la base que sirve al mismo tiempo de obstáculo y de apoyo.

R. del Valle.

SOCIEDAD PEDIÁTRICA DE MOSCOU

Sesión del día 30 de Enero de 1901.

Afecciones reumáticas del raquis. — El *Dr. P. G. Schweizer* llama la atención sobre el hecho que las afecciones reumáticas del espinazo se han estudiado muy poco, y dice que una de las causas estriba en la inaccesibilidad de dicha parte á la inspección y palpación, recursos muy importantes para el diagnóstico del reumatismo. Además, algunas porciones, como la torácica, son muy poco móviles, y por esto, dan apenas lugar á la manifestación de dolores, explicándose por esta circunstancia el que más á menudo se encuentra reumatismo de las vértebras cervicales y lumbares que de las torácicas. Schweizer ha tenido ocasión de observar tres casos de reumatismo espinal: uno en un adulto y dos en niños ingresados en el Hospital de Santa Olga, teniendo el primero trece años y el segundo ocho. Este último se presentó el 20 de diciembre del año pasado con abducción y fuertes dolores en las piernas. Era muy pálido, y ofrecía fenómenos de vicio cardíaco. En los tendones del dorso, de la cabeza y de las extremidades, había muchos nódulos reumáticos; en los miembros se notaban muchos movimientos coréicos desordenados. Después manifestáronse también afectadas otras articulaciones; los movimientos coréicos no tardaron en calmarse, y se presentaron, en primer término, los síntomas de una inflamación subaguda del endocardio. El 9 de enero de este año, el enfermo no podía girar el cuello, siendo, sobre todo, dolorosos los movimientos laterales hacia la derecha, hasta los pasivos; las vértebras cervicales forman una ligera concavidad hacia la derecha. Schweizer cree que en este caso, como en los otros, están interesadas las vértebras, sin negar por esto una afección simultánea de los músculos, tendones y ligamentos. Sería conveniente explorar detenidamente la columna vertebral en cada caso de reumatismo articular.

El *Dr. A. A. Kisel* hace constar que recientemente se observó en el Hospital de Santa Olga otro caso de reumatismo raquidiano en una niña de doce años, y cree que, en efecto, esta afección ha pasado muchas veces inadvertida en los casos de grave reumatismo articular, cuando todo movimiento del enfermo va acompañado de intenso dolor.

El *Prof. N. Filatof* opina que estos casos confirman la idea de que enferman preferentemente las partes de la columna vertebral menos abrigadas contra el enfriamiento.

El *Dr. Schweizer* se inclina á admitir una predisposición hereditaria, porque los padres de sus dos últimos enfermos padecían también reumatismo.

El *Dr. Kisel* dice que las observaciones en el Hospital de Santa Olga no hablan á favor de un influjo del resfriamiento. En la gran mayoría de los casos de reumatismo agudo, la enfermedad se desarrolla sin causa apreciable y tampoco son raros los casos en la estación caliente.

El *Dr. Hippius* dice que también en verano puede uno resfriarse.

Régimen de las casas de expósitos. — El *Dr. A. N. Ustinof* refiere que en marzo de 1900, el médico director del Hospital provincial de Voronesh, Dr. Sabinin, se dirigió á la Sociedad pedriática pidiendo un dictamen sobre

la mejor manera de instalar el asilo para los expósitos. La Comisión nombrada por la Sociedad, y compuesta de los socios Filatof, Yablakof y Ustinof, formuló las siguentes conclusiones: En vista de los datos de Eröss y de la experiencia de la Maternidad de Moscou (la mortalidad de los niños amamantados por nodrizas, es más de dos veces mayor que la de los amamantados por sus madres), conviene en el interés del niño, siempre que se pueda, inducir á la madre á que nutra á su hijo, porque: 1.°, la nutrición del niño por su propia madre hace supérfluas á las nodrizas, cuyos hijos perecen en la mayoría de los casos (hasta 90 por 100) por falta de una alimentación conveniente, faltándoles la madre; 2.°, se reduce el número de casos de infección de nodrizas y niñeras por los hijos de madres sifilíticas desconocidas; 3.°, la lactancia misma, favorecceciendo la involución de la matriz puerperal, disminuye para la madre la probabilidad de enfermar de afecciones ginecológicas.

La Comisión se declara á favor de la admisión manifiesta de los niños que hace posible: 1.°, inducir á la madre que lacte á su hijo, pudiendo, después del destete, quedarse de nodriza para niños cuyas madres no puedan lactar; 2.°, prevenir los casos de abuso del socorro social; 3.°, modificar el socorro según la necesidad individual de cada madre. No conviene retener á los niños de pecho en el asilo por más de medio año á nueve meses, porque se ha notado que luego se retarda el desarrollo y aumentan la morbilidad y la mortalidad, á pesar de la lactancia materna. El sistema de diseminación, es decir, de la distribución de los críos en familias distintas al cabo de seis á ocho semanas de permanencia en el asilo de crianza, es irreemplazable.

La cuestión del mejor supletorio de la leche de mujer, dista todavía mucho de quedar resuelta definitivamente, y por esto, cuando hay que recurrir á la leche de vaca, conviene procurar: 1.°, la intachable buena calidad de la leche; y 2.°, la pureza del aire en las piezas del asilo y la separación rigurosa de todos los niños enfermos, sobre todo, los que tengan diarrea.

Según observaciones recientes, la leche entera recién ordeñada no es menos apropiada que la leche diluída de una ú otra manera.

En el asilo infantil de Budapest, dirigido por el Dr. Szalardi, en el cual los niños se admiten junto con su madre, la mortalidad no pasa de 5 por 100 y el aumento medio diario del peso de los niños es de 24'9 gramos. Según la experiencia de Szalardi, sucede muy rara vez que la madre no tenga leche suficiente para nutrir á su hijo; al contrario, muchas veces tiene bastante para lactar á un segundo niño. A la alimentación artificial se recurre sólo en casos muy raros y Szalardi atribuye á este procedimiento el que en doce años sólo una vez se observó el desarrollo epidémico de un catarro gastro-intestinal (enfermaron 9, muriendo 4). En 1899 salieron del asilo 761 niños y murieron 110 = 14'5 por 100; menores de un año eran 547 y de estos murieron 83 = 15'43 por 100. El hacinamiento de los niños en asilos insuficientes, neutraliza el efecto de la lactancia materna de reducir la mortalidad á la cifra de 10 á 15 por 100 y así se explica la espantosa mortalidad en las Maternidades de las capitales. En este concepto merece aplauso el permiso de fundar también en provincias semejantes establecimientos.

El *Dr. Kisel* se declara acorde con Szalardi en pensar que casi toda mujer puede lactar á su hijo, al menos durante las primeras semanas; en la

práctica muchas se niegan sin fundamento y encuentran apoyo de parte de sus médicos.

El *Dr. Urtinof* ha observado que los niños que durante las primeras semanas de su vida toman el pecho de su madre aunque ésta se halle enferma, continúan medrando.

El *Dr. Krasnobayef* dice que en dos casos se vió perplejo si había de permitir la lactancia á la madre, enferma de fiebre puerperal prolongada (en uno de los casos hubo erisipela). Insistió en que el niño tomara el pecho; las madres sanaron y los niños gozan de perfecta salud.

(*Vrach*). — G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

Uso tópico del ictiol en la pústula maligna. — Un médico ruso, el Dr. Ioffé, ha usado con éxito el tratamiento siguiente en 14 casos consecutivos de pústula maligna. La escara que cubre la pústula se desprende con una espátula ó con un bisturí, la úlcera se cauteriza con el termo-cauterio, y sobre la herida y la región edematosa se aplica una compresa empapada en la mezcla siguiente:

Ictiol.....	1 parte.
Glicerina.....	3 —

Sobre la compresa se coloca una capa de algodón en rama, que se sostiene con una venda. La cura se renueva una ó dos veces en las veinticuatro horas. A los dos ó tres días, el proceso morboso está completamente curado, y sólo queda una escara. La herida que resulta al desprenderse ésta, tarda poco en curar. El ictiol empleado del modo referido, obra en la pústula maligna antes y mejor que el licor de Van Swieten y que el ácido fénico en inyecciones hipodérmicas.—(*Le Bull. Médical*).—F. Toledo.

Urosina. — La urosina es un nuevo remedio antigotoso, constituído por una combinación del ácido quínico y la litina. El ácido quínico se transforma en el organismo en ácido benzóico, y éste á su vez en ácido hipúrico, que es mucho más soluble en el agua que el ácido quínico, y por lo tanto, combinado con un cuerpo diurético como la litina, habrá de aumentar la secreción de dicho ácido úrico. El Dr. Weiss emplea la urosina en los casos de gota bajo la forma de pastillas, que contienen cada una 6 decígramos del medicamento. En varios gotosos hizo tomar hasta 10 de éstas pastillas durante el ataque, con lo cual éste se abrevió muchísimo y se dominaron rápidamente los dolores y los demás síntomas. Después del ataque conviene seguir usando las pastillas durante algunas semanas, y á la dosis por lo menos de 6 diarias.—(*Münch. med. Wochenschr*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

TRATAMIENTO HIDROLÓGICO DE LAS DISPEPSIAS HIPERCLORHÍDRICAS

POR EL DOCTOR

D. NICOLÁS RODRÍGUEZ ABAYTÚA

De la Real Academia de Medicina de Madrid

(Conclusión).

III

«Las aguas que convendrán á los dispépsicos hiperesténicos, escribe A. Robin (*l. c.*, pág. 333), deberán buscarse entre las aguas sedativas, cuya característica es la de ser poco mineralizadas, desprovistas de ácido carbónico, tibias y contener una cierta proporción de materias orgánicas. Dada la acción sedante del ázoe en las aguas minerales, las de tipo llamadas «azoadas» ofrecen mayores probabilidades de éxito». Ciertamente, según ya en páginas más atrás he procurado demostrar, la indicación capital del tratamiento de la dispepsia hiperclorhídrica en cualquiera de sus fases evolutivas, se traduce por aplacar la sobreactividad funcional que la individualiza, para cuyo logro nada hay preferible á dirigirse sobre el sistema nervioso, la excitabilidad del cual representa la causa primaria del proceso morboso. El sistema nervioso, que regentea por sí sólo las funciones más diversas, manteniendo la unidad y la independencia entre todas ellas, y que preside á las más recónditas como á las más ostentosas manifestaciones de la vida, es el regulador vigilante que no solamente hace variar la cantidad de sangre que irriga los tejidos, gracias al mecanismo de la constricción y de la dilatación vasculares, sino que también incita ó modera las afinidades químicas de las células que los componen.

Sublevado el ánimo de los que juzgan como motivo de descrédito el epíteto de *indiferentes, indeterminadas* ó *inermes* con que se de-

signa á las aguas sedantes de los caracteres precedentemente enunciados, su admisión como grupo taxonómico encontró obstinada resistencia, vencida por completo en el día ante los resultados evidentes de la clínica hidrológica. Si sus innegables virtudes terapéuticas no guardan relación proporcional con la exigua cantidad de sus componentes químicos, esto delata simplemente que la valoración cuantitativa y cualitativa de los cuerpos mineralizadores es como la disección de un cadáver, faltando todavía por pronunciar la última palabra sobre la constitución íntima de las aguas minero-medicinales, sin que por ello su empleo implique la práctica de un ciego empirismo, pues en el caso concreto del presente compendiado estudio, conocemos: de la enfermedad, la patogenia, y del agente medicinal, la acción fisio-terapéutica, restándonos únicamente la interpretación de cómo ésta se verifica. Interin no se esclarezca el por qué del *modus agendi* de dichas aguas, llamadas también *oligo-metálicas* ó *acratotermas*—denominaciones que sin duda dejarán complacidos á los impugnadores á que antes aludí—seguirá siendo forzoso singularizar sus efectos terapéuticos, no por la constitución química, sino por la observación clínica; es decir, la investigación por vía directa en los enfermos.

Atendiendo á que la escasez de mineralizadores fijos—mezcla de 5 ó más sales en un total de 0,25 á 1,30 gramos por litro—la presencia del ázoe y una termalidad media, expresan las cualidades sobresalientes que imprimen fisonomía taxonómica al grupo de las aguas indiferentes, dentro de él deben incluirse, como las de más favorable empleo contra las hiperclorhídrias: Alanje, Alhama de Aragón, Alzola, Sobrón y Soportilla, etc., reservando puesto de preeminencia á Solares, que con una mineralización por litro de 0,600 gramos entre 11 materias salinas, 36,17 centímetros cúbicos de ázoe y una temperatura de 29°,8, vincula en sí, para el tratamiento de la tan repetidamente nombrada gastropatía, la condición de especialización terapéutica, atestiguada por una numerosa casuística de clínica hidrológica. Mi experiencia personal, que data de tres años de fecha, me ha permitido apreciar, como efecto lejano del uso de estas aguas en la hiperclorhídria simple y en la gastro-sucorrea periódica, un notable alargamiento de las remisiones separatorias entre las recrudescencias accesionales de la enfermedad, las cuales se modifican abreviando la duración y aminorando de intensidad; en la gastro-sucorrea permanente, una manifiesta atenuación del síndrome morboso, que volviéndose más fácilmente dominable á la intervención

del médico, acelera su proceso evolutivo hacia la curación parcial, y digo parcial, porque los hipersecretorios continuos tienen siempre ineludible necesidad de perseverar en la metodización del régimen alimenticio, sin jamás abandonar tampoco los demás preceptos complementarios de la higiene.

El vulgo cree que á una enfermedad determinada corresponde un agua minero-medicinal igualmente determinada: bajo esta forma estrecha y exclusiva, semejante opinión es exagerada y falsa. Mas no ofrece ninguna incertidumbre el que cada agua tiene una influencia especial sobre ciertos aparatos, ciertos grupos celulares, que, imprimiéndole el carácter de una especialización terapéutica, le concede individual adaptación para el tratamiento de un proceso morboso definido. Uno de los puntos más interesantes de la farmacodinamia, y de trascendente conocimiento para el clínico, es lo que se apellida *electividad medicamentosa*. Obsérvase en todos los agentes farmacológicos, por compleja que sea su manera de actuar en el organismo, una influencia de constante predilección para con ciertos órganos, tejidos ó sistemas de la economía, donde dejan sentir sus efectos con marcada preferencia é intensidad. «Cada medicamento, dice Hayem (1), lleva sus efectos de una manera exclusiva ó más particular sobre un elemento anatómico. Todos los elementos son, por decirlo así, interrogados por el agente medicinal, pero no todos responden, y generalmente uno sólo manifiesta á su contacto su impresionabilidad propia». Este fenómeno, aplicado á las aguas minerales, sanciona el concepto de su especialización terapéutica, rechazando al par el que en ellas haya nada de específico en el sentido histórico de la palabra. Según ya antes he apuntado, aunque claramente precisada la electividad de acción de las aguas indiferentes, como su composición química no guarda proporcional paralelismo con sus efectos terapéuticos, éstos se estatuyen casi únicamente por la observación clínica. «Cuando, expone mi querido amigo é inteligentísimo hidrólogo Dr. Manzaneque (2), la observación clínica muestre que en la generalidad de los individuos en que se presente un estado morboso determinado hay adaptación y eficacia en los efectos del agua mineral para combatirle, entonces se dirá

(1) Hayem. *Leçons de thérapeutique. Les grandes médications*, págs. 17-18, Paris, 1887.

(2) Manzaneque. *Clasificación, medicaciones hidrominerales y especialización*. Disc. de aniversario de la Sociedad Esp. de Hidrología méd., pág. 47, Madrid, 1891.

que tal enfermedad ó estado morboso así particularizado constituye especialización terapéutica de un agua mineral». Sirva de ejemplo: no habrá ninguna que esté especializada en las *dispepsias*, como se lee en casi todas las Monografías de hidrología; pero la hay si se especifica que la gastropatía depende, como ocurre en las *heperclorhidrias*, de un eretismo en los actos funcionales del estómago por desarreglo en la regularización nerviosa que los preside. Esta electividad, considerada en sí misma, parece tributaria más bien de los tejidos que no de los medicamentos. Circulando éstos con la sangre en toda la economía, exclusivamente impresionarán aquellos tejidos ó grupos celulares que su constitución química les permita entrar en combinación con la substancia transportada. Este fenómeno histoquímico, hasta el momento actual en su esencia ignorado, encuentra demostración palmaria de evidente realismo en las considerables diferencias de acciones que desenvuelven los agentes medicamentosos en el hombre y en los animales. Si 1 ó 2 centígramos de morfina bastan para adormecer á un sujeto no habituado al opio, un conejo de 2 kilogramos soporta sin morir una primera inyección de 6 decígramos, que, con relación á la proporción de peso, equivaldría en el sér humano á la monstruosa dosis de 19gr.50.

Sin entrar en el detalle descriptivo de los efectos fisio-terapéuticos inmediatos producidos por el uso de las aguas inermes, los recopilaré manifestando que se revelan por la calma en todas las funciones del sistema nervioso, que encarrila hacia la normalidad lo que la vida tiene de más incesante, universal é imprescindible: la renovación de la materia por el doble trabajo continuo de asimilación y desasimilación. Esta propulsión hacia la reintegración fisiológica de la funcionalidad orgánica, se acentúa notablemente mediante la balneación; circunstancia que, en espectativa de futuros datos que nos proporcionen exacta noción de la acción de las citadas aguas sobre las funciones gástricas, induce á confiar, provisionalmente al menos, la obtención de mayores beneficios de la administración externa del agua en forma de baño, que no de la ingestión de la misma en cantidades algo crecidas.

Difiriendo poco la mineralización de las aguas oligo-metálicas de la del agua potable, algunos incrédulos, al ver que la sedación del sistema nervioso se hace más apreciable con las aplicaciones del agua al exterior, suponen que obran meramente por su termalidad de manera idéntica á como lo realizaría el agua potable al mismo grado termométrico; suposición gratuíta y en absoluto inadmisible

con sólo recordar que aquéllas se distinguen de ésta «por un *menos* en sales de cal, un *más* en carbonato de sosa y en cloruro sódico; y por otra parte, contienen muy poco ácido carbónico, mientras que las proporciones de ázoe y de oxígeno son más considerables» (Soulier) (1). Los efectos son, pues, completamente *hidrológicos* y no *hidroterápicos*, de suerte que sirven para confirmar la medicación que representan, y tanto más cuanto que extienden su influencia más allá del estómago, mejorando el trastorno de la nutrición, que, apellidado artritismo, hepatismo, herpetismo, braditrofia ó nutrición retardante, encadena la manifestación gástrica, por localizada que parezca, á esta perversión general de la nutrición, cuya esencialidad se traduce por una modificación insistente y casi definitiva de la composición de los líquidos y tejidos orgánicos, que, adulterando las acciones químicas consumadas en la intimidad de los mismos, crea la diátesis que provoca, prepara y sostiene el cronicismo de la gastropatía.

En tesis general, la predominancia de los efectos determinados por las aguas minerales es comparable á la de los cuerpos químicos que lleva en disolución. Un agua fuertemente mineralizada desarrolla efectos análogos á los correspondientes al *medicamento* que en mayor proporción contiene; pero cuando, como sucede con las aguas indiferentes, los elementos mineralizadores no pasan de ínfimas cantidades, pretender interpretar su acción fisio-terapéutica por actos provocados aisladamente por cada unó de sus componentes, sería entregarse á la cándida fantasía del dinamismo de las dosis infinitesimales. Un agua acratoterma, más que ninguna otra de los restantes grupos taxonómicos, representa una unidad de conjunto, cuyas poderosas energías no resultan inconciliables con la pobreza aparente de su constitución química, por ser la suma total de la asociación de los efectos de los numerosos factores que concurren á su composición. Esta asociación de substancias químicas muy diversas—que tal vez obren, no por lo que aportan, sino más bien por lo que exportan—unidas á las cualidades físicas y biológicas, separan á dichas aguas de la *medicación hidriática*, para por sí formar una *medicación hidrológica;* es decir, una categoría de remedios que lo variable de su complejidad mineralizadora dota á cada cual de propiedades é indicaciones particulares que no pueden preverse por su sola acción fisiológica. Aunque siempre será útil é indispensable co-

(1) Soulier. *Traité de thérapeutique et de pharmacologie.* T. II, pág. 858, Paris, 1891.

nocer los efectos fisiológicos de los medicamentos, la fijación de su verdadero valor terapéutico pertenece privativamente á la clínica. La enfermedad, perturbando la bioquímica de los órganos, introduce en ellos nuevos elementos, desapercibidos para la fisiología, que conducen á modificar sus afinidades electivas para tales ó cuales remedios; y así, como no se adivinan los efectos del agua sobre un incendio mojando un trozo de madera que no arde, tampoco puede establecerse lógicamente la acción terapéutica de un medicamento sin su comprobación directa en el estado patológico contra que se prescribe. «El medicamento, dice Arnozan (1), encuentra en la enfermedad misma su reactivo más delicado y más seguro».

Los contemporáneos estudios de aplicación del *análisis crioscópico* á la hidrología médica, inaugurados por Roth y Strauss (2) y comprobados por Kostheiwiez (cit. por Frenkel) (3), enseñan que la concentracción molecular de las aguas, independientemente de su constitución química, ejerce una acción propia, que por su parte contribuye á los efectos terapéuticos. La duración de la permanencia de un agua mineral en el estómago se prolonga tanto más y el ácido clorhídrico libre aparece con tanto mayor retraso cuanto más bajo es el punto de congelación del agua, ó lo que da lo mismo, cuanta mayor mineralización tiene. Este resultado generado por el fenómeno molecular llamado presión osmótica, que no debe confundirse con el de fuerza osmótica, permite comprender su alta importancia sobre las funciones gástricas. El estado embrionario, del que todavía no ha salido este asunto, obliga á conservar en blanco las paginas á él correspondientes, consignando tan sólo la conclusión establecida por las investigaciones de Winter (4), á saber: entre tanto que los líquidos del estómago no son isotónicos con el suero sanguíneo, la presión osmótica interviene para provocar los fenómenos digestivos, aconteciendo que el restablecimiento de la dilución á los límites impuestos por la isotonia para el mantenimiento del ciclo de la digestión se produce más ó menos rápidamente; rapidez que puede servir para caracterizar la energía digestiva de cada individuo, la cual así

(1) Arnozan. *Precis de thérapeutique.* T. I, pág. 54. Paris, 1900.

(2) Roth y Strauss. *Untersuchungen über den Mechanismus der Resorption und Secretion im menslichen Magen.* (Teisch. f. klin. méd., t. XXXVII, números 1-2, 1899).

(3) Frenkel. *Sémiologie et thérapeutique des maladies de l'estomac*, pág. 488, Paris, 1900.

(4) Winter. *De l'équilibre moléculaire des humeurs.* (Arch. de physiol., avril. 1896).

se encuentra en todos los casos bajo la estrecha dependencia de las acciones moleculares y representa la lucha del organismo dominada por la intervención de las leyes osmóticas.

IV

Una gran mayoría de los enfermos concurrentes á los balnearios, consideran la estancia en ellos como circunstancia propicia para entregarse á una vida de diversiones que rompa la monotonía de la residencia habitual. Se imaginan que la acción saludable del uso de las aguas contrarresta las infracciones en la severidad del régimen alimenticio que se les ha ordenado, y por nefasta coincidencia, la administración de los establecimientos minero-medicinales secunda y fomenta lo erróneo de tal idea, ofreciendo con sus detestables mesas redondas y rebuscadas confecciones culinarias, los medios más seguros, no ya para anular toda influencia terapéutica del manantial, sino también agravar directamente el estado dispépsico. La insensatez en este sentido alcanza exageraciones tan inconcebibles, que uno de nuestros balnearios, de muy merecido renombre, cuya especial mineralización exime toda propaganda mercantil, acudió, el pasado año, al bastardo reclamo de haber confiado la jefatura de la cocina á un marmitón del restaurant predilecto de los *gourmets* madrileños por el refinamiento y aderezada condimentación con que agudiza el sensualismo gustativo. Otro establecimiento de no menos justificada notoriedad, y de aguas también de excelencia probada dentro de las de su clase, cuya estadística de la temporada anterior cuenta entre la concurrencia 1375 gastropáticos y 482 diabéticos, sirvió en su mesa redonda comidas que parecían de exprofeso seleccionadas entre los alimentos hidrocarbonados de mayor rendimiento glicósico y los albuminoideos de menores propiedades de digestibilidad. He aquí uno de los *menus* menos ofensivos para el estómago :

Potage.
Consommé au tapioca.
Relevé.
Bœuf sauce Robert.
Hors d'œuvres.
Frito-mixto à l'italienne.
Entrée.
Poulets sautés á la Chasseur.
Rot.
Jambon d'ici, œufs filés.
Salade de Saison.
Entremet.
Glace-parfait á l'Espagnole.
Dessert.

Contra los anotados procedimientos, ninguna censura reviste ás-

pera rudeza ni ningún reproche cáustica acritud. Toda manifestación reprobatoria resultará siempre de diplomática lenidad ante los positivos perjuicios por semejante práctica irrogados. La reglamentación alimenticia constituye el pedestal sobre que ha de asentarse el tratamiento de las gastropatías; su importancia sobrepuja á toda ponderación, y en el ánimo del enfermo, del de los propietarios y fondistas de los baños, debe inculcarse la obligación ineludible en que se encuentran de obedecer, sin protestas ni enmiendas, las prescripciones del médico en asunto de tamaña transcendencia. Derivadas las indicaciones dietéticas de la fisiología patológica y no de la anatomía, los preceptos principales á ellas referentes encierran constante uniformidad de aplicación á la mayor parte de los casos, exista ó no lesión definida del tubo digestivo ó de sus anexos ó de órganos lejanos repercutida en las funciones del estómago; así que, con la supresión de la mesa redonda y su reemplazo por pequeñas mesas individuales, donde los enfermos puedan elegir á la carta los platos que les convengan, quedan cumplidas las exigencias del régimen dietético. Téngase presente que el régimen puede por sí sólo determinar efecto curativo en los dispépsicos, mientras que las aguas son incapaces de curarlos sin el concurso del régimen.

Al médico incumbe persuadir á los enfermos de la necesidad absoluta en que se encuentran de seguir una estricta metodización en la totalidad de los actos de la existencia durante la temporada balnearia. Hay que convencerlos de que el uso interno ó externo de un agua mineral no es un medio de curación, ni siquiera un medio de tratamiento útil, cuando no se asocia, además del régimen, á la higiene moral y física, resultando preferible renunciar al traslado al balneario si no se está decidido á someterse á las prescripciones del médico. Esta reglamentación higiénica será comprendida de la siguiente manera: ejercicio siempre limitado por la menor sensación de fatiga, y repetido varias veces en el día; supresión de todo trabajo intelectual; prohibición de asistencia á las salas de juego, de baile y diversiones similares; levantarse temprano para evitar el estado congestivo producido por la permanencia prolongada en la cama, y acostarse á primera hora para tener un término medio de ocho horas de sueño. Todo esto se conceptuará de supina vulgaridad, pero es un hecho inconcuso que el éxito de un tratamiento hidrológico depende en no escasa parte de la escrupulosa observancia de tales minucias, á que los enfermos se resignan forzadamente, solicitados como se hallan por las distracciones con que se les brinda y el ejem-

plo de los demás bañistas; por lo cual, parafraseando á A. Robin (*l. c.*, pág. 339), diré que cuando se vacile en la elección entre dos balnearios, el uno mundano y el otro familiar, se solucione la duda aconsejando el segundo para precaver al enfermo contra las tentaciones á que no tendría coraje de resistir.

Para terminar, las gastropatías, en cualquiera de los distintos aspectos en que se las considere, entrañan íntimas conexiones de solidaridad con la higiene: su profilaxis se establece por la higiene, su desenvolvimiento es motivado por infracciones en las leyes de la higiene, y para su curación aporta eficacísimo auxilio la observancia de la higiene. Uno de los primeros castigos impuestos al hombre menospreciador de los consejos de la sobriedad y de la templanza, lo representa la patología gástrica, y si sus diferentes entidades parecen haber sido menos frecuentes en pasados tiempos que en la actualidad, obedece á que, hasta una época todavía muy próxima, el estado dispépsico, mal estudiado y peor comprendido, se conceptuaba como un mero síndrome ó como una manifestación de otra enfermedad, de la cual no era más que el retazo exteriorizado. Prescindiendo del sibaritismo culinario, de los excesos de la mesa y del degradante vicio del alcoholismo, que tan directa como brutalmente ofenden al estómago, la obligación que nos esclaviza á aprender mucho en poco tiempo, el anhelante afán de llegar pronto, la sed de adquirir por rápida acumulación, el deseo de gozar sin tasa restrictiva, en fin, la manera antihigiénica en que vivimos, pretendiendo emular con nuestra inteligencia, nuestros actos y nuestras funciones á la titánica fuerza y acelerada velocidad de las portentosas creaciones de la mecánica moderna, son abusos que todo el mundo deplora y que cada cual comete, favoreciendo con ello por modo singular el desarrollo de las gastropatías.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Los modernos productos alimenticios é industriales. — II. La cuestión de la leche en Rusia.—III. El bacilo de Achalme como causa del reumatismo articular agudo.—IV. El *penicillium glaucum* y la pelagra.

I. Las tentativas hechas en nuestro tiempo en busca de substancias nutritivas artificiales, que en poco volumen sean muy reparadoras y sirvan de preferencia para alimentar enfermos, han inundado el comercio de multitud de preparados, cuya fama han hecho de consuno el reclamo, la sugestión y quizás también el deseo de poseer lo que no se poseía ni posee.

Marcuse, siguiendo en parte los pasos de Brehmer (Congreso de naturalistas. Sección química de los medios nutritivos), establece, como otros, que la bondad de estos preparados depende de dos hechos: digestibilidad y aprovechamiento (*Therap. Monatshefte*).

Los albuminoides parecen responder á esta doble condición, y de preferencia los derivados de la albúmina animal. Así es que, empíricamente, antes del *extracto de Liebig* habían sido ya preparados otros extractos de esta albúmina, y no es de extrañar fuera aquél tan bien recibido. Hoy goza todavía de prestigio entre ciertas gentes, á pesar de estar bien demostrado que no deriva su valor de la cantidad de albuminoides que contiene, verdaderamente escasa (20'5 por 100), sino de las materias extractivas (38'29) que obran como aperitivos y estimulantes y de las sales (22'74), que son necesarios para el sostenimiento del organismo. Es, pues, insuficiente como alimento albuminoide, siquiera sirva como excitante y obre bien sobre el sistema nervioso.

Hay otros muchos formados del jugo de la carne, más ricos algunos, pero más caros. El *jugo de carne de Valentine* sólo contiene un 5 por 100 de albúmina y valen 4'50 marcos los 150 cm^3; el llamado *Carno* es una mezcla de sangre y extracto de carne; el *Puro*, de reciente fecha, es el más estimable, pues posee un 31'01 por 100: es una mezcla de albúmina comercial, extracto de carne y jugo de hierbas, más nutritivo que todos los demás, obra bien y no es tan costoso (2'50

marcos los 150 cm³); el *extracto de carne de Bovril*, preparado en Inglaterra con harina de carne, y el de *Toril*, mezcla de albúmina soluble en polvo y de extracto de carne, son poco útiles como alimentos albuminoideos, y la adición de la harina de carne ó de albúmina disuelta artificialmente ha de considerarse más bien como un empeoramiento del extracto, valedero por sus materias extractivas; la *solución de carne de Leube-Rosenthal*, albúmina de la carne diluída en agua, es de mal sabor, y por lo mismo ha sido abandonada.

Los *preparados de peptona*, producto de la antigua idea de que la albúmina debe ser convertida en peptona para ser absorbida, han ido perdiendo en importancia á medida que cada día hay un mayor convencimiento, de que sólo la albúmina inalterada, la no peptonizada, es la que puede formar parte integrante de los tejidos (Voit). Sólo la preparación obtenida mediante la acción del vapor acuoso muy caliente sobre la carne, malamente llamada peptona, en la cual sólo hay vestigios de ésta (Kühne y Chittenden, Salkowski y otros) y que se compone esencialmente de albumosas (como las *peptonas de Koch*, *de Kemmerich*, *de Liebig*), se ha mantenido más tiempo. No es infrecuente se use todavía la última, pues consta de albuminatos y de albumosa, de substancias extractivas y de las sales de la carne: contiene de 11 á 11'5 de N, 0'68 de S, 45 á 55 por 100 de materias albuminoideas solubles; y si bien es de algún valor nutritivo y analéptica, dada en gran cantidad estimula las mucosas gástrica é intestinal, por cuya razón su uso queda muy limitado.

La serie de preparados albuminoideos de la carne acaba con una albumosa pulverulenta, la *somatosa*. Es esta substancia por completo soluble, contiene de 12 á 13 por 100 de N y se compone esencialmente de albumosas (51'3) y de una pequeña cantidad de peptona (2'2); carece de materias extractivas, y por tanto, de la acción de éstas, y no ha correspondido á lo que era de esperar, dada la proporción de albúmina soluble. Hoy sabemos que administrada prolongada y copiosamente, puede causar trastornos digestivos (vómitos, diarrea), mengua de peso y pérdida de N, quedando así muy restringida su actividad, tanto más cuanto que no han sido observadas influencias especiales y duraderas en la nutrición.

Para poder comparar la valía de los modernos preparados artificiales y los de la antigua cocina, léase el cuadro que sigue, redactado por Klemperer:

Un marco de jugo de carne de Valentine da.	5'9	calorías	(1).
— de somatosa.....	16'6	—	(2).
— de peptona de Liebig..... ...	18'5	—	(3).
— de — de Koch..	81'8	—	(4).
— de carne de ternera.....	511	—	(5).
Un huevo.....	1065	—	(6).
Un litro de leche.....	8440	—	(7),
Un kilogramo de azúcar...	4920	—	(8).

Este cuadro demuestra cuán cara resulta la mayor digestibilidad de los preparados modernos, y cuán colosal es la desproporción entre el valor nutritivo y el precio.

El mismo Klemperer ha formulado otro cuadro que indica lo que debe ingresar de cada uno de estos preparados para obtener una cantidad dada de alimento.

Siendo el valor nutritivo de un huevo 70 calorías, se necesita como equivalentes:

254 cm³ de jugo de carne de Valentine.
22'50 gramos de somatosa.
51 — de peptona de Liebig.
50 — — de Koch.

Tales proporciones demuestran las escasas aplicaciones de estos productos, caros y expuestos á causar daño.

Las esperanzas que hizo concebir la somatosa (albúmina en polvo muy dividido y fácilmente soluble) para aquellos que no pueden masticar, que están inapetentes, que repugnan la carne, la leche, etcétera, se han desvanecido en gran parte por su carestía y por no prestarse á ser usada á grandes dosis y largo tiempo.

Ante estos fracasos, se buscó otros preparados de albúmina que fuesen más semejantes á la albúmina propiamente dicha. Además, como ciertos *albuminoides tienen fósforo en combinación orgánica*, y por este hecho se acercan á los constituyentes del núcleo celular, y como el núcleo es tan importante en todos los procesos vegetativos de la célula, era de prever que dichos albuminoides estuvieran dotados de especial actividad para mantener y para aumentar los albuminoides constitutivos del organismo.

(1) El litro cuesta 4 marcos.
(2) — — 48 —
(3) — — 18 —
(4) — — 11 —
(5) Un kilogramo cuesta 1'60 marcos.
(6) Quince huevos — 1 —
(7) Un litro..... — 0,30 —
(8) Un kilogramo — 0'80 —

A este grupo pertenece la *caseína*, el más importante albuminoide de la leche, que se combina fácilmente con los álcalis para formar *caseinatos alcalinos solubles*, y que no resulta cara.

Casi á la par fueron preparadas la *eucasina* (caseina amoníacal) y la *nutrosa* (nutrosio?) (caseinato sódico). Ambas son blancas, casi inodoras é insípidas, fácilmente solubles en el agua, contienen una gran cantidad de albúmina (de 85 á 90 por 100), son bien toleradas y absorbidas aun cuando se las emplee largo tiempo y resultan mucho más baratas que todos los preparados precedentes, por lo cual se las puede extender á todas las clases sociales.

La *sanosa* (sanosiò?), que apareció poco después, es una mezcla de caseína con albumosa y algo de peptona; el *sanatógeno* es también una mezcla, casi del todo soluble, de caseína y glicerofosfato sódico, debiendo á éste una acción especial y benéfica sobre el sistema nervioso; el *plasmón*, procedente de la caseona, es un compuesto sódico de la caseína, obtenido con el bicarbonato sódico, en vez del carbonato ó del óxido, que han recomendado recientemente Praussnitz, Caspari, Bloch, Albu; el *eulactol* es una mezcla de caseína, leche, un poco de albúmina vegetal é hidratos de carbono.

Todos ellos son preferibles á los antes enunciados, y en general, deben ser elegidos los que tengan como elemento primordial la albúmina de la leche.

Recientemente han sido lanzados al comercio otros preparados: el *globón*, el *mietosio*, ambos no conocidos químicamente, y la *substancia nutritiva de Heyden*, cuyo elemento importante parece ser la yema de huevo, aprovechada después de separar la albúmina de la clara.

La *albúmina vegetal* ha sido también utilizada. Con ella se prepara: el *mulasio*, producto de las leguminosas y otras albúminas vegetales; el *aleuronato*, insoluble en el agua, y el *tropón de Finkler*, formado de albúmina vegetal y de albúmina animal; este se compone de harina de carne y de una albúmina vegetal barata y además de almidón y de celulosa, como el aleuronato.

Expuestos estos datos, se debe llamar la atención sobre el hecho de que con frecuencia no hace falta una gran cantidad de albúmina para sostener al organismo. Para un enfermo bastan 50 ó 60 gramos de albúmina, con tal que ingresen grasas é hidratos de carbono en cantidad suficiente (Klemperer).

En no pocos casos no se tiene en cuenta la acción del agua y de las sales: la escasez de agua produce grandes pérdidas de albúmi-

na; las sales son muy importantes, por más que no sepamos bien el efecto de su escasez, cual conocemos el de la albúmina, pero sí sabemos que su mengua es nociva y hasta mortal (experimentos en los animales). No hemos, pues, de pasar de ciertos límites en la administración de los albuminoides.

Casi igual que los albuminoides obran los preparados de *sangre*, recomendados como hematógenos por el hierro que contiene. A este grupo corresponden el *hemogalol*, el *hemol*, la *albúmina Dalmer*, la *hematina*, la *albúmina de Finsen*, etc., cuyo contenido de N es de 12 á 13 por 100 y el de azufre de 0'50 á 0'70.

Para terminar, digamos algo de los *hidratos de carbono* y de las *grasas* preparadas artificialmente.

Las llamadas *harina de avena, de arroz, de cebada, de leguminosas*, sirven no pocas veces para preparar sopas para enfermos. Abundan los hidratos de carbono en las numerosas y ya experimentadas *harinas para niños*, que contienen el hidrato de carbono más importante, el almidón, más ó menos diastasado ó destrinizado; poseen, además, cantidades notables de albúmina y son agradables, pudiendo servir para niños y para enfermos; figuran entre ellas los preparados de *Knorr*, de *Hartenstein*, la *Hygiama de Theinhardt*, así como las *harinas de Kufeke, Nestle, Rademann* y otras muchas.

También pertenecen á este grupo de hidratos el *extracto de malta* y el *de cebada*. Este último es un buen medio nutritivo, mientras que el *nutrol* es carísimo y no debe figurar como alimento.

El *alcarnoso* es una especie de alimento universal, compuesto de albúmina, hidratos de carbono, sales nutritivas y extracto de carne en proporciones oportunas.

Como *preparados grasos* de aplicación diética sólo es de notar la *lipanina*, con el 5 por 100 de ácido oléico libre, que facilita la emulsión y absorción de las grasas, pero que después de todo no vale más que cualquiera grasa ó aceite de los que se sirve de ordinario en nuestras mesas.

—Como complemento de lo anterior, hé aquí algunas opiniones respecto á esos productos industriales, casi todos germanos, cuya base es el polvo de carne parcial y artificialmente transformada y digerida, y que son denominadas albumosas:

Voit ha probado que se exagera mucho el valor de las albumosas, inútiles, en su concepto, por regla general. Si se da más de 20 gramos, se producen trastornos digestivos.

Klemperer es enemigo del uso abundante de ellas. En ningún caso

valen más que la albúmina; todo lo más podrán igualarla: 1 gramo de albumosa ó de peptona tiene el mismo N que 1 de albúmina; pero la absorbida como peptona, se regenera en el organismo en albúmina y no está probado que ocurra lo mismo con las peptonas artificiales y las albumosas; además, los productos nitrogenados procedentes de su descomposición (leucina, tirosina, ácido asparagínico), no pueden sustituir á la albúmina.

Ellinger ha demostrado que el polvo de carne es diez veces más absorbible que la somatosa, lo cual quita mucho valor á ésta, pues es poco utilizada. Todas las albumosas artificiales irritan el intestino.

En resumen: 1.°, las albumosas artificiales no tienen gran valor nutritivo por ser mal absorbidas y no ser posible darlas á dosis convenientes; 2.°, causan irritación intestinal; 3.°, los polvos de carne son superiores á las albumosas como agentes nutritivos (*Archivio di Farmacologia e Terapeutica*, febrero y marzo de 1901).

II. El Dr. Lazareff presentó á la Sociedad de Pediatría de Kiew una comunicación titulada *La cuestión de la leche. La esterilización de la leche*, en que constan los hechos más conocidos y hoy vulgarizados entre los científicos. Al contestar á varias objeciones y preguntas, el autor da algunos detalles de cierto interés.

Sobre si la leche de vaca de Rusia es mejor que la de la Europa occidental, dice que los análisis de Jacharbenow (1895) dan por centímetro cúbico:

Leche de San Petersburgo.....	1.789,090	bacterias.
— de las fábricas de desnatar.....	4.606,000	—
— del mercado.....	21.615,000	—
— de las tiendas al por menor	86 660,000	—
— de los vendedores ambulantes... ..	36.357,000	—

Según los estudios de Erismen (estación sanitaria de Moscou, 1891 á 1894), hay en cada litro de 3'2 á 5'6 miligramos de excremento de vaca.

La adición de agua es frecuente (estación sanitaria de Kiew).

En resumen, la leche de Rusia no es superior á la del resto de Europa.

Respecto al riesgo de la tuberculosis, opina que no es raro, pues hay el 5'3 por 100 en Inglaterra y el 10 por 100 en América de vacas tuberculosas. Si la leche contiene el bacilo, el peligro es evidente; si posee las toxinas, como no son destruídas por la ebullición ni la esterilización, el organismo no puede ser indiferente. Aconseja la tu-

berculina como medio de diagnóstico y rechaza toda clase de leche de animales infectados. Opta por la leche *estéril*, á falta de ésta, por la *pasteurizada* y, en último caso, por la esterilizada.

Como secuela de los datos que presentara, propone la creación de una *granja-modelo*, sea por el Municipio, sea por particulares, proposición que es acordada.

III. En 1891, y luego en 1897, Achalme describió un nuevo bacilo anaerobio patógeno, creyendo ver conexión íntima entre él y el reumatismo articular agudo. Thiroloix, Triboulet y Coyon, Sartchenko, Carrière, Pic, han confirmado estas investigaciones. Las discordantes han sido no encontrar el microbio ó hallar otro.

Este microbio, por su forma y volumen, se parece al *bacillus anthracis* ó al vibrión séptico; es anaerobio obligado, sobre todo al principio; necesita temperatura superior á 21° é inferior á 45°; se tiñe mediante el método de Gram, y mejor con el de Claudius; el esporo es un poco ovoideo y menos terminal que el del bacilo tetánico; es patógeno para varios animales (conejito de Indias, conejo especialmente no adulto, ratón, gallina, pato, paloma, rana), pero su virulencia cambia bruscamente y aun desaparece.

Recientemente (*L'agent pathogène du rhumatisme articulaire aigu; Gaz. méd. de Paris*, 6 abril de 1901), Achalme, estudiando la nutrición y reproducción de este microbio con gran detenimiento, ha dado con nuevas pruebas en favor de la tesis que sostiene, aceptando de plano que este bacilo es el productor del reumatismo articular agudo.

IV. Ferrati (*Alcune ricerche sulla tossicità del mais invaso da* «penicillium glaucum». *Contributo alla etiologia della pellagra.—Il Policlinico*) alimenta ratas blancas, conejitos de Indias, conejos, gatos y perros con *polenta* ó pan de maíz; primero, esterilizado, y luego, infecto con *penicillium glaucum*, tenido ocho días en la obscuridad para que alcanzara su desarrollo completo. El extracto alcohólico de estos alimentos, muy tóxico para el *mus musculus*, no causaba efecto nocivo, ni aun en inyección intravenosa, á los demás animales. El uso del alimento, así infectado, produce algunas veces en todos éstos, menos en el conejo, un envenenamiento crónico, concordante con la pelagra. Este envenenamiento es debido á productos de la fermentación aromática (fenoles), causada por el *penicillium*.

Atribuye la pelagra más bien á estos productos que á los proteos y otros microbios, pues aparte de que en el maíz, aparentemente

sano, puede existir el *penicillium*, los esquizomicetos causan mal olor y hacen que el maíz no sea ingerido; además, los productos de éstos motivan más bien intoxicaciones agudas, de modo que pudiera haber una pequeña epidemia debida al maíz putrefacto, pero no la pelagra.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Rôle étiologique du lait dans la transmission de la tuberculose.—Memoria presentada por el Dr. D. Luis Ortega Morejón en el IX Congreso internacional de higiene y demografía, celebrado en Madrid en 1898.

II. XII Congreso Médico internacional de París, 1900.—X Congreso internacional de Higiene y Demografía, París, 1900.—Memoria escrita por el Delegado del Gobierno español Dr. D. Francisco Cortejarena y Aldebó.—Madrid, 1901.

I

El Dr. Ortega Morejón pretende, y á nuestro juicio lo consigue en esta Memoria, dejar bien definido el papel de la leche como elemento transmisor de la tuberculosis, y en extenso trabajo analiza los puntos discutibles en esta materia, las cuestiones de mayor interés de investigación relacionadas con ella, y deduce las siguientes conclusiones de indiscutible aceptación:

1.ª Que las vacas padecen tuberculosis con mucha menos frecuencia de lo que se cree, y la leche que producen no da origen al contagio, sino á condición de tener la glándula enferma, lo que también es raro.

2.ª Los casos que se citan de tuberculización por el uso de la leche casi nunca dependen de contagio, sino de los procesos de debilidad á que conducen el organismo la mala calidad de la leche, por la vida antihigiénica con que esclavizan á las vacas, por las frecuentes adulteraciones á que la someten, y por la misma cocción que disminuye su valor nutritivo.

3.ª Que la cocción de la leche es un exceso de higiene, y por lo tanto, una falta de higiene. Si no pensáramos así, tendríamos mucho

mayor motivo para beber también el agua hervida, y no hay higienista que desconozca las detestables condiciones que adquiere.

4.ª Para el uso de la leche no es necesario el reactivo de la tuberculina. Cuando más, puede utilizarse para el diagnóstico la inyección de suero artificial, con objeto de conceder ó negar el uso de la carne.

Véanse, además, las siguientes proposiciones que hace al Congreso el Dr. Ortega Morejón:

1.ª Que los Gobiernos deben dedicar especial atención á la sanidad de las vacas, prohibiendo la estabulación y obligando á que los industriales las tengan en granjas situadas en las afueras, no consintiendo en la población sino despachos de leche.

2.ª Se deben vigilar y castigar severamente las adulteraciones.

3.ª En vez de ordeñar, la leche debe extraerse por medio de un aparato de succión intermitente, para obtener el producto de una secreción activa de la glándula, en lugar de la espontáneamente depositada en los conductos galactóforos.

4.ª Las vasijas para recoger y transportar la leche deben ser asépticas, de porcelana ó de cristal.

5.ª La leche debe usarse cruda y no cocida, porque es como nos la presenta la naturaleza, como se digiere mejor y deja menos resíduo, lo que demuestra que nutre más, y así la esterilizada se convierte indirectamente en causa de tuberculosis.

II

De la extraordinaria laboriosidad é inteligencia del distinguido Director general de Sanidad, Dr. Cortejarena, había que esperar un trabajo como el presente, en el cual da cuenta de sus representaciones en nombre del Gobierno español ante los Congresos celebrados en París el pasado año. En él expone la brillantez con que se celebraron ambas reuniones científicas, y la atención que mereció España premiando al sabio Dr. Cajal y señalando la celebración del próximo Congreso Médico en Madrid.

El Dr. Cortejarena llevó la representación de nuestro Gobierno como él sabe hacerlo, pues ya por el tiempo y por sus trabajos es bien conocido por los médicos extranjeros, que desde el año 1867 han podido ver á tan ilustre personalidad, bien particularmente ó con representaciones oficiales, dejar el nombre de España á la altura de los adelantos realizados en la ciencia médica.

Este trabajo merece ser conocido, para enterarse de lo que con aquel motivo expone el Dr. Cortejarena, con tanto método como entusiasmo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 1.° *de Abril de* 1901.

Un caso de localización visual en el histerismo.—El Dr. Sanz Blanco: Voy á molestar vuestra atención para mostraros un caso raro de localización visual en una histérica, enferma que no es de mi clientela y que me fué presentada por un compañero.

Esta señora es de cuarenta y ocho años, viuda de un jefe del ejército. Me dijo que á los dieciocho años, en Santiago de Cuba, de donde es natural, sufrió por una contrariedad amorosa un ataque de histerismo que duró dos horas, y al volver del cual se encontró completamente ciega, no distinguiendo la luz de la obscuridad. El médico que la vió recetó una poción calmante, y después de varios días notó que iba aclarando su visión, comenzando por distinguir la claridad que entraba por el balcón, y tuvo necesidad de ser recluída en una habitación hasta ir habituándose á la luz. Así pasó tres años, en cuyo tiempo contrajo matrimonio y dió á luz. A los tres años, por un disgusto que la dió la nodriza, volvió á quedar ciega, pero sin ataque previo, durando la ceguera dos días.

Otros tres ataques sufrió en el curso de su vida, pero ninguno precedido de convulsión. El mayor de estos fué en 1898, al recibir la noticia de que su esposo había quedado muerto en el campo de batalla, sufriendo entonces un acceso convulsivo que la duró cinco horas y estuvo ciega seis días.

Investigué la agudeza visual, y hallé sensibilidad normal para los colores, motilidad normal, refracción y agudeza (escala de Wecker), V=1, campo de amplitud visual comparado con el normal del autor citado: superior, 43° (50° W); inferior, 60° (65 W); interno, 56° (60° W); externo, 70° (75 W).

Reconocida al oftalmoscopio, el fondo del ojo no tenía casi nada de anormal, buena vascularización, y únicamente en las partes periféricas de la retina encontré una infiltración pigmentaria que formaba una especie de corona en todos los límites anteriores de la retina.

Esta enferma, que tiene el tipo de las mujeres histéricas, es morena, de ojos y pelo negro, de carácter vehemente, no ha padecido enfermedad de ninguna clase que pueda relacionarse con la actual. Su madre era eminentemente histérica; ella decía que era «lunática». La enferma era hemeralope; su abuela materna también lo había sido, y lo son dos hijos que tiene.

Las cegueras repentinas se encuentran muchas veces en aquellas enfermedades en las que el sistema vascular está alterado por exceso ó por defecto. Sin embargo, tienen todas una facilidad para el diagnóstico; así, en los casos de embolia hay estrechamiento de los vasos arteriales, en los casos de trombosis hay aumento de calibre de los venosos, en las hemorragias los focos son perfectamente visibles y estas cegueras ó no desaparecen nunca, ó lo hacen lentamente y jamás se curan por completo. Tan sólo hay dos enfermedades que repercutiendo en la función visual producen ceguera de golpe, que son las amaurosis histéricas y las urémicas; pero esto, aparte de los fenómenos propios de la uremia, no puede responder como no haya una causa, y en mi enferma no había nada en el funcionalismo renal. Además, hay que tener en cuenta que esta señora era histérica, congénita se puede decir, y por añadidura hereditaria. Cada ceguera ha ido precedida de un trastorno moral, lo cual, unido á que no tiene lesión ninguna, me hace suponer que se trate de un caso raro de amaurosis histérica, y digo que es raro, porque el histerismo casi siempre produce hemiopías y nistagmus; otras veces presenta, como fenómenos especiales, las hiperestesias retinianas. Esas cegueras tan absolutas y rápidas en su presentación y que desaparecen sin dejar rastro, no pueden ser más que histéricas.

Algunas veces se presenta en los párpados y en la raíz de la nariz algo de calor como síntoma avisador del ataque.

Del tratamiento de la apendicitis.—El Dr. García: El número de Académicos que ha intervenido en la discusión, prueba la importancia del tema. Leyendo lo que se ha escrito sobre la apendicitis, se ven dibujadas dos tendencias, la de los cirujanos intervencionistas á todo trance y la de los médicos que sin rechazar la intervención, esperan el momento oportuno.

Todos han aportado casos ciertos, auténticos, y sin embargo, han sido diferentes las conclusiones de unos y otros; cada uno está en su campo. El asunto debiera haberse tratado de un modo más completo. Yo no debo hacer el diagnóstico de la apendicitis, no habiéndole hecho los que delante de mí han hablado, pues todos han reconocido diferencias en la apendicitis, todos han presentado una forma que producía una sepsis peritoneal difusa rápidamente mortal, y han admitido todos la intervención, procurando el más amplio desagüe y los grandes lavados. Otra forma es la peritonitis generalizada, en la cual se obtienen más curaciones que en la otra; sin embargo, hay quien llega á decir que cuando curan es porque serán más ó menos extensas, pero que no son totales.

Y llegamos á la apendicitis que produce una peritonitis enquistada, un absceso peritoneal, que es la forma más quirúrgica, porque alrededor del foco supurado se establecen barreras y se puede combatir muy bien.

Tenemos la otra forma en que un enfermo tiene apendicitis clara, terminantemente diagnosticada, y este enfermo sin tratamiento quirúrgico se cura. Aquí se han citado casos de ello, y no hay duda de que eran apendicitis y se curaron. Yo he visto varios enfermos, entre ellos úno que tenía apendicitis bien diagnosticada, después de reconocido detenidamente, no sólo por el Dr. Fábregas y por mí, sino también por el Dr. Ribera.

Decía el Dr. Valle que una de las cosas que hay que hacer en los enfermos de apendicitis era la quietud; yo creo que es una indicación formal, la

primera que hay que tomar. Este enfermo vivía en una habitación pequeñísima, sin luz, en un cuarto interior, había que verle casi desde la puerta y por eso se le trasladó, pues entendíamos que importaba menos el traslado que mover sus intestinos, como se hace, por ejemplo, con los purgantes.

Hay apendicitis que pueden curarse sin tratamiento quirúrgico, pero es condición precisa someter al enfermo á un absoluto reposo, y sobre todo á su paquete intestinal.

Frente á un caso de apendicitis que empieza, no se sabe si la inflamación es más ó menos violenta, si puede llegar aquí ó allá, no se puede saber *a priori*; esta es la objeción de los intervencionistas. Seguramente llegará á más si se da al enfermo un purgante que puede hacer que se generalice; por eso debe darse opio al interior ó inyecciones de morfina, dieta hídrica y observar, ver lo que pasa. Esto es lo que yo querría que limitaran los que tienen más conocimientos que yo, que dijeran en qué se conocen, cuándo está indicada la operación y cuándo no. En algunos está indicada ya, por ejemplo, como aquí se ha dicho, si al caer la fiebre el pulso no marcha en relación con la temperatura, cuando hay disociación la postración y la alteración del semblante, son también datos de importancia.

Creo que en las formas sépticas, difusas en las peritonitis generalizada y en la enquistada está indicada la operación, pero en otras formas debe esperarse, observando atentamente al enfermo, y si todos los síntomas bajan, esperar.

El punto que más interés me ofrece es el reposo intestinal, y pregunto si no consideran absolutamente contraindicados los purgantes y los enemas en los primeros momentos, hasta que la reacción de los síntomas nos autorice á usarlos.

El Dr. Pérez Fábregas: En una ocasión tuve que ver algunos enfermos de apendicitis. En el año 1891 ó 1892, estaban las opiniones sobre las apendicitis muy divididas, lo mismo que hoy. Entonces sólo los cirujanos yankees aconsejaban la intervención como único tratamiento; los franceses eran opuestos. Después de aquella época, las opiniones se han modificado mucho; entonces se sostenía la teoría de Talamon como causa de la apendicitis que hoy no se admite por todos.

Comprendo que haya cirujanos que opinen que la intervención no debe ser constante, que opinen que, lejos de ser un disparate los purgantes, los recomienden tanto, porque si dependen las apendicitis de la penetración de un cuerpo extraño, los purgantes, haciéndole salir, curan la enfermedad. En aquella época se decía esto y había cólicos apendiculares que se curaban con los purgantes dados según el método de Talamon. El peligro que estos tienen no lo considero yo tan inmediato. Si se trata de una peritonitis séptica generalizada, nada perdemos con purgar, pues en último término se ha de morir probablemente aun con operación; si se trata de una apendicitis enquistada, dando los purgantes al principio, el daño que se puede producir no existe; de manera que creo que los purgantes no deben ser proscriptos tan en absoluto.

Yo diagnostiqué dos cólicos apendiculares en los enfermos que ví en aquella época, los purgué, y resulta, según la opinión de hoy, que hice una atrocidad, pero los enfermos se curaron.

Otro síntoma del cual creo que no se ha hablado aquí, era entonces muy importante; me refiero al signo de Roux, que se decía qué suele presentarse en las apendicitis que permite saber el momento en que se debe intervenir. El signo lo daba el intestino ciego; decía Roux que se notaba en la fosa ilíaca derecha, que el ciego tomaba una consistencia como de cartón blando, y que en cuanto esto se presentaba, había que hacer la abertura del absceso y desaguarle.

Otra de las cuestiones es la conducta que debe seguir el cirujano, con respecto al apéndice. En otra época, unos le resecaban y otros que creían que las tentativas para encontrarle podían producir la sepsis del peritoneo, y entonces se opinaba que si no se encontraba pronto se debía dejar, porque luego en las curas salía sólo. Cuando se podía encontrar el apéndice se cortaba, dejando un trozo como de un centímetro, se invertía dentro del ciego y luego se hacía una sutura de serosa con serosa.

Ablación del hombre por osteo-artritis tuberculosa escapulo-humeral. — El Dr. Barragán: Se trata de un hombre de treinta años que ingresó en el Hospital de la Princesa el 11 de agosto de 1900. No tenía antecedentes hereditarios, y según los datos que proporcionó, hace seis años comenzó á sentir dolores en el brazo izquierdo que se irradiaban desde el hombro hasta la mano; posteriormente dificultad en los movimientos, pérdida de fuerza, etc. En el mes de junio observó un tumor en la región infra-escapular.

Su estado actual era el siguiente: presentaba palidez general, demacración, poco apetito, temperatura 38°,2, pulso pequeño y débil; abultamiento considerable del hombro, en la región supra é infra-escapular y clavicular; falta de edema en el brazo. A 3 centímetros por fuera de la región dorsal y correspondiente á la infra-escapular izquierda, presenta una ancha abertura de bordes fungosos, por donde salía una gran cantidad de pus poco denso. Introducido el estilete, seguía la dirección de dentro afuera y de atrás adelante hasta ponerse en contacto con la porción acromio-clavicular, apreciándose en ellas, así como en la escápulo-humeral, los roces característicos de la denudación ósea y casi la pérdida de la articulación.

Dos procedimientos típicos y reglados se describen en las modernas obras de cirugía para la amputación inter-escapulo-torácica; el de Chalot (método oval) y el de Berger-Farabeuf, con sus dos colgajos, cervico-escapular uno, pectoro-axilar el otro. Los dos tienen como tiempo preciso la ligadura de los vasos por dentro de los escalenos antes de separar el omoplato y miembro correspondiente. A causa de la inflamación difusa que, como antes decía, existía en la región supra-clavicular, comprendí que había de ser difícil y no exenta de compromisos la ligadura previa del paquete subclavio y suprimí este tiempo de la operación practicándola del modo siguiente:

Primer tiempo: Hemostasia previa con un tubo de goma grueso y largo, cuyas vueltas circulares se hicieron todo lo más alto posible, á nivel del hombro: Amputación circular del brazo también alta, 6 á 7 centímetros del acromion, ligadura de los vasos y separación del compresor.

Segundo tiempo: Una incisión que, partiendo de la parte media del borde interno de la escápula, ascendía hasta el trayecto fistuloso, continuando hacia fuera paralela á la espina hasta la articulación acromio-clavicular.

Desde este punto tracé otras dos, una transversal, que terminó en la parte media de la clavícula y otra vertical hasta la sección circular del brazo.

Tercer tiempo: Sección de la clavícula, separación del omoplato con el músculo subescapular, supra é infra-espinoso, sección de las inserciones del trapecio, omoplato, hiodeo, angular, gran dorsal, redondos mayor y menor y pectorales; con lo cual quedó libre el omoplato, mitad externa de la clavícula y la porción de húmero recto de la amputación circular. Sutura y desagüe.

La pérdida de substancia posterior ocasionada por la gran abertura fistulosa, fué restaurada por deslizamiento del colgajo posterior.

Resumen; es un procedimiento más aplicable á la ablación del miembro superior con el omoplato y clavícula, sobre todo, en los procesos tuberculosos de estos huesos.—Dr. Eduardo Toledo.

PERIÓDICOS

Resección parcial de las safenas internas en un caso de úlceras varicosas.—En el *Boletín Médico Escolar*, de Granada, publica D. Eduardo Pérez Cano el caso siguiente:

José Núñez González, natural de Almería, de treinta y tres años de edad, casado, y vendedor ambulante, sin antecedentes hereditarios ni conmemorativo patológico.

Sometido á exploración se observó: ulceraciones múltiples y cicatrices antiguas en ambas piernas, flebectasias cutáneas muy pronunciadas, inflamación extendida desde la articulación del pié hasta por encima de la rodilla, tegumentos lisos, lívidos y duros; hecho el interrogatorio clínico se dedujo: iniciarse su padecimiento desde la edad de los doce años por induración de la red venosa cutánea, acompañada de eczemas con sensaciones de comezón que degeneraban en ulceraciones, de las cuales, en el intervalo de los veintiún años que viene padeciendo, nunca se vió libre, pues si bien por el tratamiento á que ha estado sometido (cauterizaciones y cura ordinaria) se cicatrizaban algunas, aparecían nuevas ó reaparecían las primitivas.

El diagnóstico no era muy dudoso, dada la claridad con que se presentaban los síntomas mencionados, y la historia de su padecimiento, no se podía pensar en otra cosa que en diagnosticar *úlceras varicosas de ambas piernas.*

Inmediatamente surgía de este diagnóstico el tratamiento racional de esta clase de afecciones. Resección del tronco venoso principal. Estas clases de ulceraciones tienen su concepto patogénico en los trastornos tróficos originados, como consecutivos, á las várices; éstas suponen siempre un obstáculo al curso de la sangre venosa; lógico es, pues, favorecer la circulación de retorno para vencer esta causa, originaria de las ulceraciones: no existe otro medio para esto que resecar el tronco principal.

Así se ha hecho en el presente caso: previa isquemia, se buscaron las safenas internas en su trayecto correspondiente al tercio inferior de ambos mus-

los; estos troncos venosos se encontraron flexuosos, dilatados, con tres ó cuatro veces su calibre, se resecaron en 10 ó 15 centímetros, ligándose sus extremos.

El resultado de este tratamiento no se ha dejado mucho tiempo de esperar; á los diez ó doce días curó el enfermo de sus ulceraciones, desaparecieron los cordones flexuosos que presentaban las redes venosas de sus piernas y la inflamación que venían padeciendo.

Nuevas ideas acerca de la dinámica muscular del ojo. — En los *Archivos de Oftalmalogía hispano-americanos*, el Dr. D. Manuel Márquez publica las siguientes consideraciones respecto de este asunto.

Actualmente nos preocupamos más de amontonar hechos particulares que de formular leyes generales; mas no hay que olvidar que si lo primero es indispensable para el progreso científico, no lo es menos lo segundo, pues un principio científico bien establecido, es en gran manera fecundo en consecuencias útiles.

A propósito de la dinámica muscular del ojo, se ha descendido hasta los últimos detalles, en lo que se refiere al estudio *individual* de cada músculo, pero las asociaciones posibles entre ellos no han hecho más que indicarse, y ni siquiera se ha formulado el principio á que obedecen.

Dicho principio, con ser tan simple en apariencia, explica de un modo racional los hechos. Podría denominársele *principio de dirección* y enunciarse así: *el ojo tiende á colocarse con relación al objeto en la actitud necesaria para que la imagen se forme siempre en el punto más conveniente, es decir, en la fóvea centralis*. De aquí se deduce que, si el eje visual se encuentra ya en la dirección del objeto, la imagen se formará clara y distinta, y en el ojo no se despertará movimiento alguno de dirección; mas si el objeto está fuera de dicha línea, la imagen confusa (puesto que ya no se forma en la fóvea) del mismo provoca inmediatamente el movimiento adecuado para que el eje óptico principal se ponga *en dirección* y la visión sea correcta. Es un caso particular del principio teleológico de Pfluger, á saber: « La causa de una necesidad orgánica es también la causa de la satisfacción de esta necesidad ».

Dicho movimiento se verifica por vía refleja (*reflejo de dirección*), y se hace de tal manera, que se contraen los músculos capaces de mover el polo anterior del ojo *en sentido opuesto á la parte de la retina impresionada*. La contracción será tanto más enérgica cuanto más lejana de la fóvea se forme la imagen, es decir, cuanto más separado se halle el objeto del eje visual, y viceversa.

Con estos fundamentos, el autor pasa revista á las asociaciones musculares en la visión monocular y en la binocular.

a) En las asociaciones monoculares hay que tener en cuenta para juzgar bien, que hay movimientos que *teóricamente* pueden producir los músculos, si se les considera aislados, pero que no se producen jamás *en la realidad*, por ser neutralizados por otros de nombre contrario. Se podría decir, según esto, que la resultante de la acción combinada de varios músculos, es la *suma algebráica* de las acciones individuales.

Sabido es que el ojo en estado normal no verifica movimientos de *totalidad*, y que suspendido siempre en el mismo punto del espacio, sólo experi-

menta movimientos de *rotación* alrededor de sus diversos ejes. Pero, aun dentro de estos últimos, tampoco puede verificarlos todos, sino solamente aquellos que sean manifiestamente *útiles* para la función visual. La clave de esto sólo puede darla el principio de dirección antes formulado, según el cual, todo movimiento ocular tiende á poner la fóvea *en dirección* de los objetos; de lo cual resulta que todo movimiento en el cual la fóvea no se mueva ó no lo haga en dicha dirección, será por lo menos *inútil*.

Son movimientos inútiles, según esto, los movimientos de totalidad en sentido antero-posterior, pues si el objeto se halla en la dirección del eje visual, es evidente que no son necesarios, y en el caso contrario, no logran poner el ojo en la citada dirección. Lo mismo ocurre con los movimientos de rotación *alrededor del eje antero-posterior*, porque en ellos, hallándose la fóvea en uno de los extremos del eje de rotación, no puede cambiar de sitio. De aquí se deduce que, siendo tales movimientos *irracionales*, siempre que se contraiga un músculo capaz de producirlos, se contraerá también otro antagonista en dicho sentido. Ejemplos: si el recto superior (elevador, adductor y *rotador hacia adentro*) se contrae, tendrán que hacerlo también ó el recto inferior (depresor, adductor y *rotador hacia afuera*), si se trata del movimiento de adducción, ó el oblícuo inferior (elevador, abductor y *rotador hacia afuera*), si se trata del movimiento de elevación. En el primer caso, las acciones de los dos rectos superior é inferior, se suman á la vez que refuerzan la del recto interno para la adducción (movimiento útil), mientras que se neutralizan en la elevación y depresión, y en la rotación interna y externa (acciones inútiles). En el segundo caso, el recto superior y el oblícuo inferior se suman en su acción elevadora (acción útil), mientras que se contrarrestan en la adductora y abductora, y en la de rotación interna y externa (acciones inútiles). Lo mismo ocurre cuando los dos oblícuos auxilian al recto externo en el movimiento de abducción, ó cuando el recto inferior y el oblícuo superior se asocian para el movimiento de depresión.

Las asociaciones antedichas son, pues, *racionales*; no así las que se verificarían entre el recto superior y el oblícuo superior, de una parte, y entre el recto inferior y el oblícuo inferior de otra, pues refiriéndonos, por ejemplo, al primer par, veríamos que se sumarían para el movimiento inútil (rotación hacia adentro), mientras que se neutralizarían en los movimientos útiles (elevación con depresión y adducción con abducción). Dichas asociaciones, según esto, son *irracionales* y jamás se dan en la realidad.

A la luz de estos principios el autor va pasando revista á las diversas clases de movimientos alrededor de los distintos ejes del globo del ojo, para llegar á inducir la siguiente ley: *todos los ejes de rotación del ojo para los movimientos se hallan en el plano vertical transversal que pasa por el centro de rotación;* de lo cual resulta que la fóvea se halla siempre en la posición *más distante* del eje de rotación, es decir, en las mejores condiciones para que sus movimientos sean los más extensos posibles con el menor esfuerzo muscular. Resulta así racionalmente aplicada, por motivos fisiológicos, la llamada «ley de Listing», que el eminente fisiólogo dedujo únicamente de consideraciones teóricas sobre los movimientos de la esfera.

b) En lo que se refiere á las *asociaciones para los movimientos en la visión binocular*, siendo lo característico de ésta la superposición casi completa de

ambos campos visuales en uno solo, para obtener la sensación de relieve, á esta condición se subordinan todos los movimientos asociados de los dos ojos entre sí. De esto resulta que el movimiento peculiar y característico de la visión binocular es la *convergencia*, pero entendiéndola, no en el sentido corriente, demasiado estrecho, que sólo considera como tal la contracción simultánea de los dos rectos internos, con el fin de dirigir los ejes visuales hacia un punto situado en el plano medio, sino en el más racional y científico de que *siempre que los dos ojos fijan á la vez un objeto situado en cualquier punto del espacio visible, hay convergencia.* En efecto, esto, que parece á primera vista extraño, se comprenderá bien, si tenemos en cuenta no la dirección de los ejes visuales, con relación á los planos de nuestro cuerpo, que para nada nos importan, sino *con relación al objeto.*

Es, pues, completamente infundada la distinción que quiere establecer Parinaud (*La visión*, París, 1898) entre los movimientos *de convergencia* y los *de dirección*, pues los primeros no son más que un caso particular de los segundos, supuesto que á la vez que se pone *cada ojo* en dirección del objeto, como éste es el mismo que para ambos, hay convergencia. Esta, por tanto, no es sino *la dirección simultánea de los dos ejes visuales hacia el mismo objeto*, en virtud del reflejo de dirección provocado también simultáneamente en ambos ojos.

Así entendida la convergencia, desaparece la aparente contradicción de que unas veces se contraigan á la vez los dos rectos internos, mientras que otras lo verifiquen el recto interno de un lado y el recto externo del otro, pues tal diferencia no depende sino de que en el primer caso, estando situado el objeto en el plano medio, se impresionan á la vez las partes temporales de ambas retinas, y en el segundo lo hacen la parte nasal de la retina correspondiente al objeto y la parte temporal de la retina opuesta, y el reflejo de dirección simultáneo provoca en el primer caso la contracción de ambos rectos internos, mientras que en el segundo produce la del recto externo del lado del objeto á la vez que la del recto interno del lado opuesto.

En cuanto á los movimientos de *elevación y depresión*, siempre sinérgicos en ambos lados, son de *perfeccionamiento* de los de en sentido lateral á los que constantemente se asocian en la visión binocular, mientras que, por el contrario, éstos pueden existir sin los primeros.

Resulta, en definitiva, que los movimientos binoculares asociados se pueden reducir á los siguientes: 1.° Convergencia hacia el plano medio (convergencia de los autores). 2.° Idem en sentido lateral (mirada lateral de los autores). 3.° Los del primer grupo combinados con los de elevación ó depresión. Y 4.° Los del segundo grupo combinados también con los de en sentido vertical.

El autor termina prometiendo para un trabajo ulterior, basado en el presente, el estudio de las asociaciones nerviosas centrales voluntarias y reflejas del aparato motor del ojo. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 9 *de Abril de* 1901.

Los mosquitos de París. — El Dr. Debove: En los meses de julio y agosto, los mosquitos abundan en París. En los países palúdicos, los mosquitos son, al parecer, el agente principal del contagio. Debemos la rareza del paludismo en París á que no existe entre nosotros la variedad de mosquitos que practica esta inoculación.

Pero ¿podemos afirmar que los mosquitos de París no transmiten otra enfermedad infecciosa? Aunque sólo sean molestos, no hay razón para favorecer su desarrollo como lo hacemos. Sabemos que las larvas de los mosquitos sólo se desarrollan en el agua estancada; no puede hacerlo en agua corriente ni en el agua estancada en la que se ha vertido un poco de petróleo. Conviene, por lo tanto, suprimir las aguas estancadas en las plazas y jardines públicos ó al menos verter en ellos una cantidad pequeña de petróleo, para impedir el desarrollo de los mosquitos.

Convendría también que los propietarios supieran que los árboles y las aguas corrientes no favorecen la multiplicación de los insectos nocivos de que hablamos. En cambio, un pequeño depósito de agua estancada basta para infestar un barrio.

El Dr. Vallin: El Consejo de higiene del Sena se ha ocupado varias veces de la invasión de los mosquitos en distintos barrios de París. A propuesta del Dr. Chatin, el 22 de julio de 1898 votó ciertas medidas preventivas, supresión de aguas estancadas, limpieza perfecta de los patios, etc., que si se hubieran adoptado rigurosamente, habrían prevenido el desarrollo de los mosquitos, que por fortuna en París son más molestos que peligrosos.

El Dr. Laveran: Creo conveniente, como el Dr. Debove, adoptar medidas para impedir el desarrollo de los mosquitos en París, aunque respecto á la propagación de las enfermedades, no exponen en esta población á grandes peligros. Sólo hay dos enfermedades cuya transmisión por los mosquitos esté plenamente demostrada: la filariosis y el paludismo; estas enfermedades son raras en París, y los mosquitos que sirven para el desarrollo del hematozoario del paludismo no son los que pululan entre nosotros. He examinado mosquitos recogidos en diferentes distritos de París, y todos pertenecían al género *Culex;* sabemos que los del género *Anopheles* son los febrígenos. La fiebre amarilla, que al parecer puede ser también propagada por los mosquitos, no es enfermedad de nuestro clima.

Aunque los mosquitos son, al parecer, en París poco peligrosos desde el punto de vista de la transmisión de las enfermedades, conviene hacer cierta

reserva, porque pueden ser susceptibles de inocular otras afecciones además de la filariosis y el paludismo.

Es conveniente, por lo tanto, evitar el desarrollo de estos insectos, y sobre todo cuando, como dice el Dr. Debove, basta para conseguirlo adoptar medios sencillos, como son la supresión del agua estancada ó el uso del petróleo.

El Dr. Proust: Creo conveniente que se adopten los medios necesarios para evitar el desarrollo de los mosquitos, porque las picaduras de estos insectos producen cuando menos accidentes cutáneos dolorosos.

Investigaciones sobre la composición mineral del organismo del feto humano y del recién nacido.—El *Dr. L. Hugounenq* leyó un trabajo sobre este asunto. Su objeto ha sido principalmente determinar la fijación de las sales minerales en el feto durante el embarazo, y para ello ha sometido fetos de cinco á seis meses á una incineración metódica. De sus investigaciones saca las conclusiones siguientes:

La fijación de los elementos minerales por el embrión no se efectúa con la misma intensidad en todos los períodos de la gestación; es ligera al principio, activísima al fin.

Durante los tres meses últimos, el peso total de las sales fijadas por el feto es próximamente dos veces mayor que en los tres meses primeros de la gestación.

En la época del nacimiento, el niño de peso normal ha substraído al organismo materno próximamente 100 gramos de sales minerales.

La fijación del hierro por el organismo fetal se efectúa principalmente en los tres meses últimos del embarazo; durante este período, el feto fija dos veces más hierro que antes.

En un recién nacido de peso normal, la cantidad total de hierro metálico contenido en el organismo es próximamente de 0'268 á 0'244 gramos. De esta cantidad, el 50 á 60 por 100 se halla en estado de hemoglobina; el resto forma parte de los tejidos (músculos, huesos, etc.).

La cantidad de sosa y de potasa aumenta á medida que el feto se desarrolla. La potasa aumenta las últimas semanas de la gestación. Esta base constituye un elemento predominante de los glóbulos rojos y de los músculos estriados.

Durante la segunda mitad de la gestación, la fijación del ácido fosfórico no experimenta grandes variaciones; pero es más marcada en el embrión de término.

La proporción de cal aumenta, por el contrario, de un modo notable en los últimos meses, así que al fin el feto asimila más cal que ácido fosfórico. No asimila fosfato de cal completamente formado; fija primero el ácido fosfórico en estado de nucleína ó de lecitina y después la cal. El excedente de ésta se encuentra en las cenizas en estado de carbonato calcáreo.

Hecha abstracción de las bases alcalinas, del ácido fosfórico y de la cal, cuyas variaciones son debidas á la génesis de los glóbulos rojos y á la formación del tejido óseo, se observa que la composición centesimal de las cenizas es casi constante durante los cinco meses últimos de la vida intrauterina. Hacia el fin, el peso de los materiales orgánicos aumenta extraordinariamente; pero excepto las particularidades ya indicadas, las proporciones respectivas de los elementos ofrecen pocas variaciones.

Desde el punto de vista de su alimentación mineral, la célula del embrión de cuatro meses tiene las mismas exigencias que la de un feto de término. Durante la evolución embrionaria, el número de células aumenta, pero la composición química del esqueleto mineral no varía, excepto las sales necesarias para la constitución de los dos tejidos especiales, la sangre y el hueso. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 3 de Abril de 1901.

Algunos casos de resección del intestino por cáncer.—El Dr. Quenu: Dos de estas observaciones han sido enviadas por el Dr. Brin; una se refiere á un hombre con un voluminoso tumor en el vacío derecho acompañado de dolores vivos; la laparotomía demostró que se trataba de un cáncer del ángulo del colon; se practicó una resección que comprendió todo el colon enfermo y el ciego, la cual fué seguida de una anastomósis del colon transverso con el intestino delgado; el operado sucumbió cinco días después. La segunda observación se refiere á una mujer de cincuenta y ocho años, la cual padecía fenómenos de obstrucción; la laparotomía hizo ver un cáncer del colon que fué extirpado, siendo seguido de curación el acto operatorio. Otra observación nos ha sido comunicada por los Dres. Giles é Imbert; se trataba de un enfermo que tenía un cáncer en el asa omega, cuya ablación fué seguida de éxito. El Dr. Imbert nos ha comunicado también otros dos casos, uno de neoplasia del colon ilíaco y otro de un tumor maligno que complicaba una hernia umbilical; los dos operados curaron. Desde el punto de vista de elegir la intervención en las oclusiones intestinales por cáncer, conviene tener en cuenta el grado de meteorismo y el estado general. Cuando la operación pueda soportarse, el método de elección debe ser en ciertos casos la laparotomía, pero es indudable que vale más reducirse al ano ilíaco cuando los accidentes de oclusión datan de ocho ó diez días. En algunas circunstancias me ha parecido mejor hacer un ano cecal, y en cuatro enfermos que he operado de este modo, el resultado ha sido bueno en tres; todo lo cual nos lleva á la conclusión de que no pueden establecerse reglas generales para elegir la operación que reclaman los cánceres intestinales.

Herida de la arteria axilar; ligadura de los dos extremos; curación.—El doctor Demoulin: En este caso que nos ha hecho conocer el Dr. Morastin, se trató de un hombre de veintidós años qué se hizo una herida de la arteria axilar, la cual fué seguida de hemorragia y síncope. El herido fué inmediatamente trasladado al Hospital y el interno de guardia procedió á la ligadura de la arteria por debajo de la clavícula; catorce horas después de esta ligadura, habiéndose reproducido la hemorragia por la herida axilar, el doctor Morestin hizo un amplio desbridamiento de ésta, y después de haber descubierto los dos extremos del vaso, los ligó separadamente, pero aún tuvo que practicar otra ligadura sobre el tronco común de las circunflejas para cohibir por completo la hemorragia, obteniéndose rápidamente la curación.

Este caso es una nueva prueba de que no se debe fiar de las ligaduras á distancia y de que se impone en tales casos la investigación de los extremos del vaso seccionado.

Apendicectomía en frío y hemorragia intestinal.—El Dr. Berger: Este caso, cuya observación nos ha sido comunicada por el Dr. Walch, se refiere á un individuo que había tenido á la edad de veinte años, en 1880, un ataque de tiflitis. Desde dicha época no había tenido ningún accidente de esta naturaleza, pero en enero de 1900, cuando se hallaba en tratamiento desde hacía algún tiempo por una sinusitis, tuvo un nuevo ataque de apendicitis seguido de un derrame pleurítico. Ocho ó diez semanas después, el enfermo se quejaba de algunos dolores en el vientre, en el cual se notaba una ligera induración en la fosa ilíaca derecha; entonces nuestro colega decidió hacer la resección del apéndice, operación que se practicó con algunas dificultades. Cuatro días después del acto operatorio se notó una recrudescencia de los síntomas de la sinusitis con algunos síntomas de la pleuresía; tres días después tuvo una abundante hemorragia intestinal, pero ésta no repitió y se obtuvo la curación definitiva. No creo que esta hemorragia pueda compararse con las hematemesis que se observan en el curso de un ataque de apendicitis aguda. En el caso actual la operación se practicó en frío y sin que existiera ningún grado de infecciosidad intestinal, pero es posible que se haya producido una perturbación en la marcha normal de las consecuencias operatorias, en virtud de haber aumentado después de la operación la intensidad de la sinusitis.

El Dr. Ricard: Hace algunos meses fuí llamado para operar á una enferma con apendicitis aguda. Hecha la laparotomía, encontré un apéndice duro, voluminoso, congestionado, y al mismo tiempo observé que el ciego era grueso, violáceo y el espesor de sus paredes era mayor que el normal; no había estado séptico; resequé el apéndice y desagüé, y nada anómalo sucedió localmente, pero á los quince ó veinte días se presentaron algunas gastrorragias, siendo después definitiva la curación.

Dos observaciones de sección y sutura nerviosa. — El Dr. Léjars: La primera de estas observaciones nos ha sido remitida por el Dr. Carlier, y se refiere á un árabe que se seccionó por encima de la muñeca los tendones flexores y la arteria y el nervio cubitales. Después de suturar los flexores y ligar la arteria, nuestro colega hizo con crin de Florencia la sutura de los dos extremos del nervio. Cinco días después le pareció que había retorno de la sensibilidad, pero al cabo de un mes le pareció que no se había obtenido ningún otro cambio. Entonces fué perdido de vista el enfermo, pero á los nueve meses volvió á verlo y le encontró completamente curado.

La segunda observación nos há sido comunicada por el Dr. Morestin, el cual se encontró ante la sección de la rama muscular del nervio radial, hecha un mes antes poco más ó menos. Después de haber descubierto los dos extremos de este nervio en la parte superior del supinador corto, nuestro colega hizo la sutura con el catgut; el resultado inmediato fué bueno, pero la curación completa no se obtuvo hasta al cabo de seis meses. En las suturas tardías, los resultados son, en general, poco satisfactorios, ó cuando menos, tardan mucho en obtenerse de un modo completo. Así lo he observado en un hombre cuyo ciático fué seccionado precisamente en su punto de

bifurcación; puestos al descubierto los tres extremos, he separado los neuromas que se habían formado en cada uno de ellos, y he restablecido su continuidad con hilos de catgut. Los síntomas de parálisis motora han desaparecido con mucha lentitud, y aun diez meses después no se había obtenido más que una restauración incompleta. Sin embargo, este individuo ha podido dedicarse de nuevo á su oficio de palafrenero, y así habría continuado si no hubiese sido víctima, algún tiempo después, de una peritonitis traumática, provocada por una coz. — CODINA CASTELLVÍ.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA INGLESA

Sesiones de los días 14 *de Febrero y* 14 *de Marzo de* 1901.

Comparación de unas cuantas operaciones de la ginecología moderna. — El *Dr. Mansell Moullin* dijo que la asepsis en cirugía abdominal, no sólo ha revolucionado la mortalidad consecutiva á los procedimientos operatorios, sino que ha hecho practicable la inspección visual, cuando el diagnóstico es dudoso, y posible el tratamiento prematuro. Hace diecisiete años, las estadísticas de las ovariotomías eran satisfactorias y la limpieza debida al listerismo, como entonces se llamaba, ha ido reduciendo la mortalidad casi á la nada. El éxito de la ovariotomía por cistoma, condujo á la extirpación de las trompas y de los ovarios en las afecciones inflamatorias. En las afecciones crónicas de los apéndices uterinos, el valor del tratamiento operatorio es hoy indudable y la ineficacia de los demás medios, se reconoce desde hace bastante tiempo. Una vez enfermas las trompas jamás recobran su estado normal, pero son causa posible de nuevos ataques de inflamación. La operación es el único medio de devolver la salud á la enferma.

La extirpación de los ovarios en los fibroides del útero, no ha realizado todo lo que se esperaba. Es aplicable sólo á los tumores relativamente de pequeño volumen y sus resultados, tanto respecto á la contención de la hemorragia como á la disminución de volumen del tumor, son poco satisfactorias; además, la posición de los ovarios debajo y detrás del útero, hace la operación difícil y hasta imposible á veces; en ciertos casos es tan peligrosa como la misma extirpación del tumor.

Esto conduce á considerar la histerectomía. Al principio era una operación de mortalidad espantosa. Keith fué el único que obtuvo resultados satisfactorios (38 casos con tres muertes). El tratamiento extraperitoneal del pedículo, introducido por Kœberlé, señaló un progreso importante, pero aunque muchos operadores, siguiendo este principio, obtuvieron resultados excelentes, la operación jamás se consideró como ideal. Sufrió bastantes modificaciones. Se ha ensayado después la panhisterectomía, pero no es una operación recomendable. Por último, la ligadura de las arterias uterinas y ováricas previno el peligro principal de la histerectomía, la hemorragia secundaria y hoy la proporción de la mortalidad en general es de 5 por 100.

Respecto á la extirpación del útero en el cáncer, el Dr. Jossett ha formado una estadística de 107 casos, en la que la mortalidad es inferior á 8 por

100. Cuando se opera y hay seguridad casi absoluta de recidiva, es dudosa la conveniencia de practicar la histerectomía completa. La recidiva se produce de ordinario en la cicatriz, y ésta, si la extirpación del útero ha sido completa, se halla en contacto directo con el intestino, el que participa, por lo tanto, del proceso canceroso. Cuando la enfermedad principia en el cuello, se propaga lateralmente, no al cuerpo, que sólo se afecta en el último período, de modo que los intestinos están más ó menos protegidos.

En el embarazo ectópico sólo hay un remedio, la operación; cuando se oyen los ruídos del corazón fetal, el problema consiste en resolver si la operación, inevitable siempre, debe practicarse desde luego ó diferirse algún tiempo.

Angioma voluminoso del hígado. — El *Dr. Macnaughton Jones* narró el caso de una plurípara, de veintisiete años, que padecía rétroversión del útero y tumores de los anejos en ambos lados. Hace un año notó tumefacción abdominal, con dolor que irradiaba á través del abdomen, vómitos y enflaquecimiento. Puesto al descubierto el tumor abdominal, se vió que ocupaba el borde libre del hígado. Se aisló y sujetó con pinzas y después fué dividido y extirpado relativamente con poca hemorragia. La enferma se restableció, aunque sufrió varios colapsos que exigieron las inyecciones de suero artificial. El tumor era un angioma del hígado.—F. Toledo.

XIX CONGRESO ALEMÁN DE MEDICINA INTERNA

Celebrado en Berlín del 16 *al* 19 *de Abril de* 1901.

(Continuación)

Medicamentos cardíacos y vasomotores.— El Dr. Schott, de Nauheim: No se puede establecer una distinción rigurosa entre los medicamentos cardíacos y los vasomotores. Hay que reconocer que el corazón es la bomba central, y los vasomotores sólo desempeñan un papel secundario. Debo manifestar que en los estados de colapso, la dosis de alcanfor deben ser crecidas desde el primer momento, y que el medicamento se debe emplear en disoluciones del 15 al 20 por 100.

El Dr. Jacob, de Cudowa: La causa de que la digital no sea útil en los casos de insuficiencia aórtica, consiste en que en estos casos el ventrículo izquierdo trabaja con todas sus fuerzas para compensar el trastorno circulatorio, y por lo tanto, no es posible hacerle contraer con más energía.

El Dr. Lang, de Marienbad: El fracaso de la digital depende en parte de defectos en su preparación farmacéutica. Si se infunden 10 gramos de digital en 100 de líquido, y se diluye después la proporción, se enmohece muy pronto. Da muy buenos resultados el asociar la digital al alcohol, y Jaksch aconseja la asociación con el éter.

El Dr. Heinz, de Erlangen: Aunque la digital produce el mismo efecto en los animales de sangre fría que en los de sangre caliente, su acción principal en estos últimos se realiza por intermedio de los vagos, como se demuestra seccionando éstos. Por medio de medidas manométricas hechas en

el perro, he comprobado que la digital hace trabajar al corazón más del doble que en circunstancias normales. La diferencia entre las distintas preparaciones farmacéuticas, es positiva, y así se comprende que algunos aconsejen administrar la digital finamente pulverizada.

El Dr. Goldscheider, de Berlín: En ciertas enfermedades cardíacas, no se encuentran bien los sujetos si no están sometidos á la acción continua de la digital á la dósis de 1 á 2 decígramos diarios. En los casos en que reaparecen fácilmente los trastornos de compensación, se observa á menudo un resultado más permanente, disminuyendo gradualmente las dosis de digital, que no suspendiendo bruscamente su uso. La digitoxina me ha prestado excelentes servicios; con ella se puede calcular y preveer el efecto que se busca.

El Dr. Hirsch, de Leipzig: La física moderna enseña que la resistencia que experimenta un líquido homogéneo al circular en el interior de un tubo depende de las dimensiones de éste y del roce interior del líquido, ó sea de su viscosidad, la cual está subordinada á la naturaleza del líquido y á su temperatura. Para calcular el coeficiente del roce interior, el mejor procedimiento consiste en medir las cantidades del líquido que salen de un tubo capilar en la unidad de tiempo. Un autor francés averiguó empíricamente, que el volumen del líquido que sale por el tubo capilar es proporcional al tiempo, á la presión y á la cuarta potencia del radio de dicho tubo.

De las investigaciones que hemos practicado Beck y yo, resulta que en los animales disminuye el roce interior después de las emisiones sanguíneas. Alcanza su cifra más baja cuando el animal está en ayunas, la más alta cuando se le alimenta con carne y varía mucho según la especie animal. La viscosidad del suero disminuye á medida que aumenta la temperatura, pero con más rapidez que este aumento, por lo cual la uniformidad en la sangre completa, es preciso atribuirla á modificaciones en sus glóbulos, que compensan la disminución de viscosidad del suero. Resulta de esto, que así como en los líquidos homogéneos hay relación entre el peso específico y la viscosidad, no sucede lo mismo en la sangre humana. Se comprende que una sangre poco acuosa presente mayor roce interior; pero también se sabe de casos en que no obstante ser normal la cifra de los glóbulos, era mayor la viscosidad. Quizá haya que buscar la causa de esto en alteraciones del plasma ó en cambios de formas de los glóbulos. Los hechos observados por nosotros, hacen pensar que en el organismo normal, el aumento del roce interior puede ser compensado por una dilatación de los vasos, y acaso, por el paso de líquido al interior de los mismos.

El punto de partida de mis investigaciones ha sido el hecho observado por mí hace tiempo de que en los casos de nefritis se hipertrofia todo el corazón, y no tan sólo el ventrículo izquierdo. Ahora bien, si también se hipertrofia el derecho, no es porque reciba más sangre, sino porque también trabaja más. Por consiguiente, es preciso admitir, ó bien que en la nefritis se producen substancias que obran directamente sobre el músculo cardíaco, ó bien que es mayor en esta enfermedad el roce interior de la sangre.

Con el método empleado por mí, acaso se lleguen á resolver éste y otros puntos, cuya solución no se conoce todavía.

El Dr. Ewald, de Berlín: Hay casos en que por mucho que se insista en los tónicos cardíacos se obtiene muy poco resultado, á causa de ser muy

grande la presión exterior que sufren pasivamente los vasos. Para disminuirla se han propuesto punciones y escarificaciones con aparatos especiales, como el de Dehio, que realmente es útil.

La prueba de que los síntomas gástricos á que dan origen la digital y sus principios activos no es debida á una acción directa, nos la da el hecho de que se observan aunque se apele á los enemas ó á los supositorios. De las gráficas que aquí presento, se deduce cómo la acción de la digital está subordinada á la presión que actúa sobre los vasos, y hace ver que la digital, en circunstancias al parecer iguales, obra de un modo diferente, debido quizá á que en algunos casos sólo estará interesada la aurícula, y en cambio, en otros, lo estará también el ventrículo. Ahora bien, en el primer caso, la digital agrava el trastorno circulatorio, puesto que bajo su acción, la aurícula no se contrae durante el sístole, y en cambio se contrae el ventrículo, y de este modo se acentúa la lesión mitral.

No todos los medicamentos del grupo de la digital se pueden considerar como equivalentes. Sólo con la digital y la digitoxina se consiguen rápidos y excelentes resultados. Yo empleo estos medicamentos principalmente bajo la forma de supositorios. Es evidente que en determinados casos conviene mucho asociar á la digital otros medicamentos, y entre ellos la morfina, cuyo uso es de todo punto indispensable en muchísimos casos de este género.

El Dr. Friedel Pick, de Praga: La acción vascular de la digital tiene su importancia; cuando hay edemas, por poco que aumente el tono de los vasos impide su desarrollo ulterior, además de acelerar la desaparición de los edemas ya existentes por medio de su influencia directa sobre el centro circulatorio. De mis experimentos resulta que la hidrastinina influye de un modo bastante enérgico en las lesionss periféricas de los vasos; convendría, por lo tanto, ensayarla en el hombre.

El Dr. Unverricht, de Madeburgo: De mis investigaciones resulta que la digitoxina es la mejor de todas las preparaciones que se obtienen con la digital, siendo de notar que la *digitalis grandiflora* es sumamente rica en este principio. No he podido convencerme de que con el uso insistente de la digital se obtenga más resultados que con su empleo transitorio. Este hecho, que no se explica bien con la teoría de Sahli, se explicaría bien, suponiendo que la digital produjera una modificación análoga á la reducción de una luxación. Todos los médicos han visto casos en que un grave trastorno de compensación se vence en pocos días, sin que sea necesario apelar de nuevo á la digital en tres ó cuatro años. Es cierto que en algunos enfermos se establece el hábito, lo mismo que para la morfina, y no pueden pasarse sin la digital, pero generalmente la acumulación del medicamento se opone á la continuación de su empleo. En un caso en que después de vencidos los accesos de estenocardia se continuó usando la digital, se repitieron al cabo de seis semanas y fué necesario suspender el medicamento para que desaparecieran dichos accesos. Estos hechos se explican, recordando que en el segundo período de la acción de la digital desciende la presión sanguínea y se altera la compensación. La anorexia que sobreviene con el uso insistente de la digital, y que yo también creo que es de origen central, se opone al empleo continuado del medicamento.

El Dr. Rosenstein, de Leyden: El estrofanto merece ser colocado á la

cabeza de los tónicos cardíacos; debe usarse la tintura débil del mismo á la dosis de 10 gotas tres veces al día, la cual es suficiente para producir su efecto y no llega á ocasionar anorexia. El alcanfor también produce efectos muy marcados, pero pasajeros, por lo cual su uso debe limitarse á los casos de peligro inminente, en los que es de reconocida eficacia. Convendría que el Dr. Hirsch continuara sus experimentos en el sentido de investigar si el origen de los ruídos anémicos del corazón dependerá de un cambio en la viscosidad del líquido sanguíneo. Yo no creo que esta viscosidad influya en la hipertrofia del corazón, puesto que casi nunca se observa esta lesión en los casos de extensa degeneración amiloidea del riñón.

El Dr. Naunyn, de Strasburgo: Según mi experiencia, la mejor preparación de la digital es la infusión, con la que obtuve éxito al cabo de cinco días en muchos casos en que había estado empleando sin éxito la digitoxina por espacio de una ó dos semanas. Dando la digital á la dosis de 3 decígramos diarios, se evitan tanto la acumulación del medicamento como su acción nociva sobre el estómago. Administrada la digital del modo expresado, se puede y debe usar por mucho tiempo, siendo de notar que en muchos de los enfermos tratados de este modo, reaparecen las molestias á los pocos días de cesar el empleo del medicamento.

El Dr. Grödel, de Nauheim: El uso prolongado de la digital conviene en los casos en que con un tratamiento corto no se obtiene una compensación completa. Con medio á un decígramo una ó dos veces al día, en polvo ó en píldoras, se consigue á menudo mantener á los enfermos durante muchos años en un estado bastante regular. Nunca he visto que la suspensión de la digital produjera síntomas á la manera de lo que sucede con la supresión de la morfina. Tampoco he observado casos en que hubiese sido necesario aumentar la dosis por efecto del hábito. Esto, no obstante, conviene interrumpir de cuando en cuando el uso del medicamento, y en algunos casos alternarlo con el de otros remedios.

El Dr. Rosenfeld, de Stuttgart: He usado durante algún tiempo la digitoxina, pero sus efectos no son tan constantes como los de la infusión de digital. Depende esto, á mi juicio, de que la digitoxina se extrae no sólo de las hojas, sino también del tallo de la planta, cuyo contenido en dicha substancia varía mucho según las épocas. Como sucedáneo de la digital y para alternar con este medicamento, aconsejo la *adonis vernalis* en infusión, que se preparará con 10 ó 20 gramos del medicamento para una taza de agua, administrando esta cantidad una ó dos veces al día.

El Dr. Schreiber, de Gotinga: Creo que los métodos que se proponen determinar el grado de viscosidad de la sangre, están llamados á prestar grandes servicios en el estudio de los múltiples procesos morbosos, poco conocidos todavía, v. gr., para dilucidar la patogenia de la uremia.

El Dr. Baeltz, de Tokio: Después de mucho ensayar, prefiero la infusión de digital, y cuando ésta no se tolera por mucho tiempo, administrada á grandes dosis, la tintura de estrofanto, en cantidad de 10 gotas, repetidas tres veces al día, la cual es útil principalmente cuando se quiere obtener un efecto rápido. También se puede emplear la infusión de *adonis vernalis*, que se tolera por mucho tiempo. Los casos de digitalismo no son muy raros. Hace veintiséis años he observado uno relativo á una costurera que llevaba

año y medio de estar tomando la digital. Cuando se levantaba tenía un gran temblor, que desaparecía con medio gramo de digital, hasta el punto de que al cabo de una hora podía ejecutar trabajos muy delicados.

El Dr. Frank, de Munich: En los medicamentos cardíacos hay que distinguir la acción excitante y la toxico-química. Para conocer bien la primera, es preciso observarla en el organismo sano.

El Dr. Ott, de Praga: La actividad de la digital varía según su procedencia. Con la de Bohemia, casi nunca se puede pasar de 3 decígramos.

El Dr. Gottlieb: Para evitar este escollo convendría averiguar la dosis mínima que provoca en una rana la suspensión del sístole, ó bien determinar, por medio del análisis, la proporción de principio activo. La mejor prueba de que la digital obra también sobre las terminaciones periféricas del vago, la tenemos en que se observa igualmente la lentitud del pulso en el corazón aislado del cuerpo y regado artificialmente con sangre. La acumulación del medicamento sólo parece producirse cuando la cantidad administrada en veinticuatro horas es mayor que la que se elimina en el mismo tiempo.

El Dr. Sahli: No he dicho que tengan igual valor todos los preparados de la digital, pero sí que las diferencias que entre ellos existen no son fundamentales. Yo también uso mucho el estrofanto, pero varía mucho la eficacia de las distintas preparaciones, y en muchos casos produce trastornos digestivos, sobre todo diarrea. La estrofantina francesa es muy buena preparación. La digitoxina, por buena que sea, no puede sustituir á los preparados galénicos, tanto porque su acción vascular es sumamente intensa, como porque su manejo es difícil por la excesiva actividad del medicamento. El caso que citó Baeltz no creo que es de digitalismo, sino de lesión cardíaca que se aliviaba con la digital. — R. del Valle.

(*Continuará*).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 15 *de Marzo de* 1901.

Infección tetánica de origen probablemente endógeno.— El Dr. Süss: Se trata de un sujeto de cincuenta y cuatro años, que sucumbió después de haber presentado el cuadro clínico de un tétanos grave. No existía ninguna herida ni vestigio de la misma, y por la anamnesia parece que tampoco había habido ninguna lesión traumática. La autopsia reveló, además de las lesiones propias del tétanos, las que caracterizan á un catarro intestinal agudo. Una preparación microscópica hecha en un cubre-objetos y teñida con fuchina fenicada y diluída, reveló la existencia, no sólo de la flora intestinal común, sino también de bacilos delgados, parecidos á los tetánicos, pero no había ninguno que contuviera esporas. Esto no obstante, se encontraron en gran cantidad en una emulsión del contenido intestinal hecha en caldo y mantenida al aire libre y durante veinticuatro horas en un termostato, cuya temperatura se mantuvo á 37°.

La inoculación de este cultivo á ratones y conejillos de indias, ocasionó un tétanos rápidamente mortal. El aislamiento de los bacilos tropezó con grandes dificultades á causa de los bacilos butíricos que acompañaban á los primeros. No cabe duda alguna, por lo tanto, que el bacilo hallado en el moco intestinal era el tetánico, y es natural creer que en este caso la mucosa intestinal fué el sitio por donde penetró la infección.

En la literatura se encuentran otros dos casos análogos, uno de Camén en que se trataba de un catarro intestinal agudo, y otro de Pazzini en que existía una peritiflitis purulenta. El mismo Pazzini ha demostrado que en el conducto intestinal del hombre sano existen, á veces, bacilos tetánicos. Sormani los ha hallado muy á menudo en el excremento del caballo, y, finalmente, Ransón ha demostrado que el veneno tetánico no pierde su virulencia en el tubo intestinal.

Es muy posible, por lo tanto, que algunos casos que hasta ahora se calificaban de tétanos reumáticos, se pueden explicar por una infección intestinal.

Lesiones pigmentarias en la enfermedad de Addison. — El Dr. Ehrmann: El cambio de color en la enfermedad de Addison, se manifiesta primeramente haciéndose más intenso el matiz obscuro de ciertas zonas que ya están muy pigmentadas en estado normal, tales como el escroto, el pene, los labios mayores y los menores; después se obscurecen aquellas partes que, como la cara y las manos, también se ponen más obscuras bajo la acción de influencias exteriores, siendo muy frecuente que, como en el caso de la pigmentación normal, ésta se gradúe en verano, y se atenúe en invierno, hasta que llega un momento en que no se observan estos cambios y en que la piel presenta constantemente un color más subido.

El pigmento radica en las capas más profundas de la epidermis y en las más superficiales del dermis, siendo frecuente que se agrupe á lo largo de los vasos y en el interior de algunas células. Estas células pigmentadas provienen embriológicamente, lo mismo en los animales que en el hombre, de células bien caracterizadas que están aplicadas á la cara externa de la hoja dérmica, y, por lo tanto, acompañan á las células de tejido conjuntivo, pero no son idénticas á éstas. El microscopio revela, además de la existencia de células pigmentadas, la de numerosos leucocitos, sobre todo en el tejido conjuntivo del velo del paladar; al lado de células poligonales con núcleo vesiculoso, se encuentran leucocitos comunes y células de engrasamiento, de Ehrlich. Estas células plasmáticas se encuentran también en el lupus y en las infiltraciones tuberculosas cuya masa principal constituyen en cierto período de su desarrollo. Si se provoca su acumulación mediante la inyección de ácido fénico, pueden producir tuberculina. Yo creo que se trata de linfocitos que han degenerado bajo la influencia de un agente tóxico.

Respecto á la influencia que el sistema nervioso pueda ejercer en la pigmentación de la piel humana, entiendo que así como es preciso admitir semejante influencia en los melanoblastos de los animales inferiores, en las aves ya es mucho menos marcada. En los animales inferiores el pigmento desempeña un papel importante en la regulación del color, de tal manera, que cuando dichos seres se someten á la acción del frío, se vuelven de un color más obscuro. Este puede también servirles en algunos casos para protejerlos de sus enemigos. En cambio, en el hombre la pigmentación de la piel no tiene

ninguna importancia en ambos conceptos, y debe considerarse lo mismo que el hueso coccix como un vestigio rudimentario de épocas remotas.

Kiehl supone que el pigmento reconoce por origen hemorragias y lo hace provenir de la sangre extravasada, opinión con la cual no estoy conforme, porque la melanina no presenta las reacciones de la hemosiderina, procedente del pigmento sanguíneo; la melanina es un pigmento no ferruginoso producido por el proceso vital de los melanoblastos á la manera que el plasmodio de la malaria forma también melanina no ferruginosa á expensas del glóbulo rojo que lo ha alojado en su interior. Los melanoblastos producen mayor cantidad de pigmento bajo la acción de irritaciones externas, tales como el sol y el roce de los vestidos; el obscurecimiento de los cabellos hay que atribuirlo á la existencia de melanoblastos alrededor del bulbo pilífero. En los puntos en que no existen dichas células, como sucede en la palma de la mano, tampoco se observa ningún cambio de coloración aunque el pigmento del resto de la piel adquiera caracteres patológicos; en cambio en aquellas partes como la mucosa bucal en que existen en germen las células mencionadas, se produce una irritación de estas células, y, por lo tanto, una pigmentación anormal bajo la influencia de un agente tóxico, pero no bajo la influencia del sistema nervioso.

El Dr. Alexander: En el laberinto de algunos mamíferos, y en el cerebro de la oveja, se encuentra agrupado á veces el pigmento en una relación tan íntima con la distribución de los nervios, que no puede menos de admitirse una influencia del sistema nervioso en dicha pigmentación.

El Dr. Ehrmann: Las células pigmentadas que rodean á los aparatos nerviosos terminales en el hombre y en los mamíferos, sólo son células de acompañamiento, pero no están en relación con las fibras nerviosas.

El Dr. Spiegler: En un sujeto que llevó durante muchos años un braguero, se presentó vitíligo en el punto comprimido, pero, y esto es lo más notable del caso, también se presentó en el punto simétrico del lado opuesto. En una mujer un pequeño nævus pigmentado se ponía más obscuro y más cárnoso cada vez que se hacía embarazada. Ambos casos creo que se podrían explicar difícilmente sin intervención del sistema nervioso. Respecto al papel protector del pigmento, es innegable en la raza negra, y, como prueba de ello, tenemos el hecho de que en ésta no se observa el eritema solar. Por otra parte hay animales que, á pesar de no tener hemoglobina, son capaces de producir un pigmento idéntico al humano hasta donde esto es posible comprobarlo con nuestros medios de investigación.

El Dr. Kaposi: La afirmación que hace el Dr. Ehrmann de que el pigmento de la epidermis sólo es suministrado por los melanoblastos, es demasiado absoluta. No es posible, en efecto, negar que la inervación influye en ciertas formaciones pigmentarias. Tampoco se puede negar que hay pigmentaciones de origen hematógeno, porque donde quiera que se presenta hiperemia é inflamación se acumula después pigmento, y, por otra parte, en las cloróticas cuya sangre contiene poca hemoglobina, el sol tuesta menos la piel que á las personas sanas. La misma pigmentación de la areola en las embarazadas, debe atribuirse á un origen hematógeno, por congestión refleja; en cambio el cloasma uterino sólo se puede explicar por influencia puramente nerviosa.

En mi opinión, la pigmentación normal de la epidermis tiene por origen, no los melanoblastos, sino las células básicas de la red de Malpighio, las cuales, en circunstancias patológicas, no sólo pueden perder esta facultad, sino también la de conservar el pigmento que ya hubiesen recibido; tal sucede en el llamado vitíligo. Todos estos fenómenos entiendo que sólo se pueden explicar por influencia nerviosa.

El Dr. NEUMANN: En los trabajos de Ehrmann no se menciona la existencia de pigmento en células redondas que se observa en los primeros períodos de la sífilis. En esta enfermedad la pigmentación cutánea tan pronto persiste por poco tiempo, cual sucede en la periferia de cicatrices, como desaparece pasado cierto plazo, según se observa después de las sifílides maculosas, papulosas y pustulosas.

Conocida es de todos los dermatólogos la pigmentación á que da origen el uso del arsénico, la cual se manifiesta sobre todo en la piel de la cara.

En la psoriasis negra se encuentran escamas de color negruzco, contrastando con las escamas blancas que existen en la palma de la mano y en la piel de la muñeca. En este caso, la excesiva formación de escamas epidérmicas ha empujado las células pigmentadas hacia el exterior.

El Dr. EHRMANN: La acromia producida por un braguero apretado, la explico por una atrofia por compresión de los melanoblastos. El crecimiento del nævus pigmentado lo atribuyo como el cloasma del embarazo á principios tóxicos. Considero el pigmento como una formación rudimentaria, tan sólo en los climas fríos y templados, y lo califico así, porque el sistema nervioso no influye en los melanoblastos como lo hace en los animales inferiores.

En la enfermedad de Addison sólo niego que el sistema nervioso influya en la pigmentación. Los casos en que no se han encontrado alteraciones en las capsulas suprarenales, los atribuyo á una lesión del gran simpático, producida por un agente tóxico. En el vitíligo han sucumbido los melanoblastos, y lo prueba el hecho de que si se aplica á la zona enferma un vejigatorio, no se presenta después coloración morena.

Se ha dicho que en los embriones de anfibios hay una época en que está pigmentada tan sólo la epidermis; pero esto sólo sucede en embriones procedentes de huevos que ya tenían pigmentados los melanoblastos del estroma en el mismo ovario. En los que se desarrollan á expensas de huevos no pigmentados, el primer pigmento proviene de células procedentes del ectodermo, las cuales rodean al sistema nervioso. — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Inyecciones de cloruro de apocodeína contra el estreñimiento.—El cloruro de apocodeína, C^{18}, H^{19}, NO^2, HCl, es una sal de este alcaloide del opio, descubierta hace pocos años por los Dres. Mathiessen y Burnside. En estado de pureza, difícil de obtener, carece de propiedades eméticas.

En inyección hipodérmica, á dosis media, produce efectos sedantes é hipnóticos. Sobre el aparato digestivo ejerce una acción especial, que consiste

en el aumento de los movimientos peristálticos y en la hipersecreción glandular. Es útil, por lo tanto, contra el estreñimiento, cuando la estancación de las materias fecales depende de la atonía de la túnica muscular del intestino, de la insuficiencia de las secreciones glandulares ó de ambas causas á la vez.

Los Dres. Raviart y Bertín han empleado con éxito este medicamento en distintos casos de estreñimiento, sin observar más accidente que dolor en el sitio de la inyección. Usaron la preparación siguiente:

Cloruro de apocodeína.....	50 centígramos.
Agua esterilizada.....	50 gramos.

La cantidad inyectada fué de 2 cent. cúb., que corresponde á 2 centígramos de medicamento. — (*Echo Med. du Nord.*) — F. Toledo.

El salófeno como medio de calmar la intensidad de los entuertos. — Los entuertos, cuando son demasiado intensos, exigen intervención terapéutica. El opio los calma, pero suprime las contracciones del útero y produce estreñimiento. De todos los demás medios que se han aconsejado, el que le dió mejores resultados á Audebert es el salófeno. A la dosis de un gramo, suele calmar el dolor al cabo de media hora; pero si aún persistiera, se da otro gramo pasadas dos horas, y con esto se consigue seguramente el alivio, sin que se modifiquen las contracciones uterinas.

(*Archives médicales de Toulouse*).—R. del Valle.

Inyecciones de suero artificial en la ciática. — El Dr. Bernard ha empleado con buen éxito las inyecciones de suero artificial en bastantes casos de ciática, en la pleurodinia y en el reumatismo muscular. Inyecta en los puntos dolorosos 5 cent. cúb. de suero. En la pleurodinia basta de ordinario una sola inyección para calmar el dolor. En la ciática, es preciso hacer varias inyecciones. El suero artificial es preferible al agua destilada que aconseja el Dr. Dieulafoy en inyecciones, porque las de agua son muy dolorosas.

(*Bull. et Memoires de la Soc. med. des hôpitaux de Paris*). — F. Toledo.

Hemorragias neuropáticas de los órganos genito-urinarios. — El Dr. Lancereaux y otros autores refieren algunos casos de observación personal que demuestran la existencia de la hematuria esencial, no obstante haber sido negada por Malherbe y Leuen. Es más frecuente en el hombre que en la mujer, y se observa en casos de nervosismo general, en hemorroidarios, donde sustituye al «flujo anal» y en casos de reumatismo crónico. En muchos casos le ha dado buen resultado la quinina á la dosis diaria de 1 á 1 $^1/_2$ gramos, combinado con el reposo en la cama y con una aplicación de hielo. Para evitar la recidiva, emplea un tratamiento general tónico y la hidroterapia. También se observan hemorragias neuropáticas en las muchachas jóvenes y en las mujeres que se hallan en la edad crítica.

(*Anal. d. mal des org. gen. ur.*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EL FOGONAZO

SU ESTUDIO QUÍMICO-MÉDICO-LEGAL

POR EL

DOCTOR D. JULIO LARRÚ

Médico municipal de Santoña.

Bien sabemos que el *Código de la Lengua,* significa exclusivamente con el nombre de *Fogonazo,* á *la llama que produce la pólvora al prenderse;* pero nos permitiremos hacerle extensivo á la mancha que origina un disparo, á corta distancia, sobre una superficie, por no encontrar palabra más breve y apropiada.

Ese título parece el de un drama *sensacional,* y en realidad, no sólo representa un drama, en su aspecto jurídico, sino una serie de dramas en los que con más frecuencia de la que deseáramos, tenemos que intervenir, mis compañeros mártires, es decir, los médicos titulares y yo.

Una serie de dramas, cuyo desenlace puede ser el castigo de un inocente y la impunidad de un culpable, si nuestra ignorancia se convierte en cómplice de los muy posibles y muy justificables errores de la justicia, cuando de estos crímenes ó delitos se trata.

Este dramático asunto reviste, en el humilde concepto mío, excepcional interés, no sólo por sus resultados jurídicos, sino por el desamparo en que nos dejan para emitir juicio justo y útil, los autores que podemos tener á mano los médicos titulares en nuestras modestas librerías.

No sólo son esos *manoseados* autores médico-legistas, los que guardan imperdonable é inconcebible silencio en lo que se refiere al interesante estudio que nos va á ocupar, sino autoridades en química legal como Fresenius, Poggiale, Chandelon, Bonis y otros, ó los

olvidan en absoluto, ó los tratan tan á la ligera, que no nos suministran luz alguna cuando en estos asuntos tenemos que servir de *lazarillos* á la justicia.

Y ya que de esta obligación hablo, no puedo resistir el deseo de significar lo penosa, difícil, comprometida, desagradable é insustituíble que es y lo ilógico, injusto y contraproducente que resulta, imponerla gratuítamente, en la inmensa mayoría de las ocasiones, á los médicos municipales.

Justo, justísimo, necesario é indispensable, que todo médico titular como particular, preste la asistencia obligada á cualquier lesionado y justo y necesario también que ponga en conocimiento de la autoridad competente el hecho criminal ó probablemente criminoso, pero en mi concepto, ahí debía cesar la gestión del médico no retribuído como auxiliar de la administración de justicia.

Pedir y exigir, á un médico titular, la aptitud é independencia que precisan los servicios médico-forenses, es pedir y exigir lo imposible y pretender que sea un servidor gratuíto del Estado, en un país que derrocha su Erario sosteniendo el presente y el porvenir de tanto empleado, no sólo inútil sino pernicioso, es, con perdón sea dicho, el colmo de la injusticia.

Indudablemente los legisladores desconocen en absoluto, ó pretenden desconocer, la importancia y necesidad de estos servicios; los conocimientos que exigen; la independencia que requieren y la atención que merecen. Si no desconocieran todo esto, sería imposible impusiesen dichos servicios, á quien repito no tiene ni puede tener, sino excepcionalmente, ni los conocimientos que demandan, ni la independencia indispensable y á quien no tienen derecho justificado para exigírselos.

Y conste que de la razonada, libre, competente y honrada gestión de un perito médico, depende en ocasiones, la honra, la libertad y tal vez la vida de un ciudadano, y eso es lo último y más elemental que ese ciudadano tiene derecho á exigir á los legisladores de un pueblo que se precia de culto y civilizado.

Urge, pues, la creación de un Cuerpo Médico-forense con suficiencia demostrada en pública y justa oposición, haciendo *tabla rasa* de pretendidos derechos fundados solamente en el favoritismo y con independencia garantizada con retribución y porvenir adecuado que garantice asimismo su imparcialidad.

Perdonarme esta digresión, que de agotarla nos llevaría muy lelos y por muy escabroso camino, y entremos en materia.

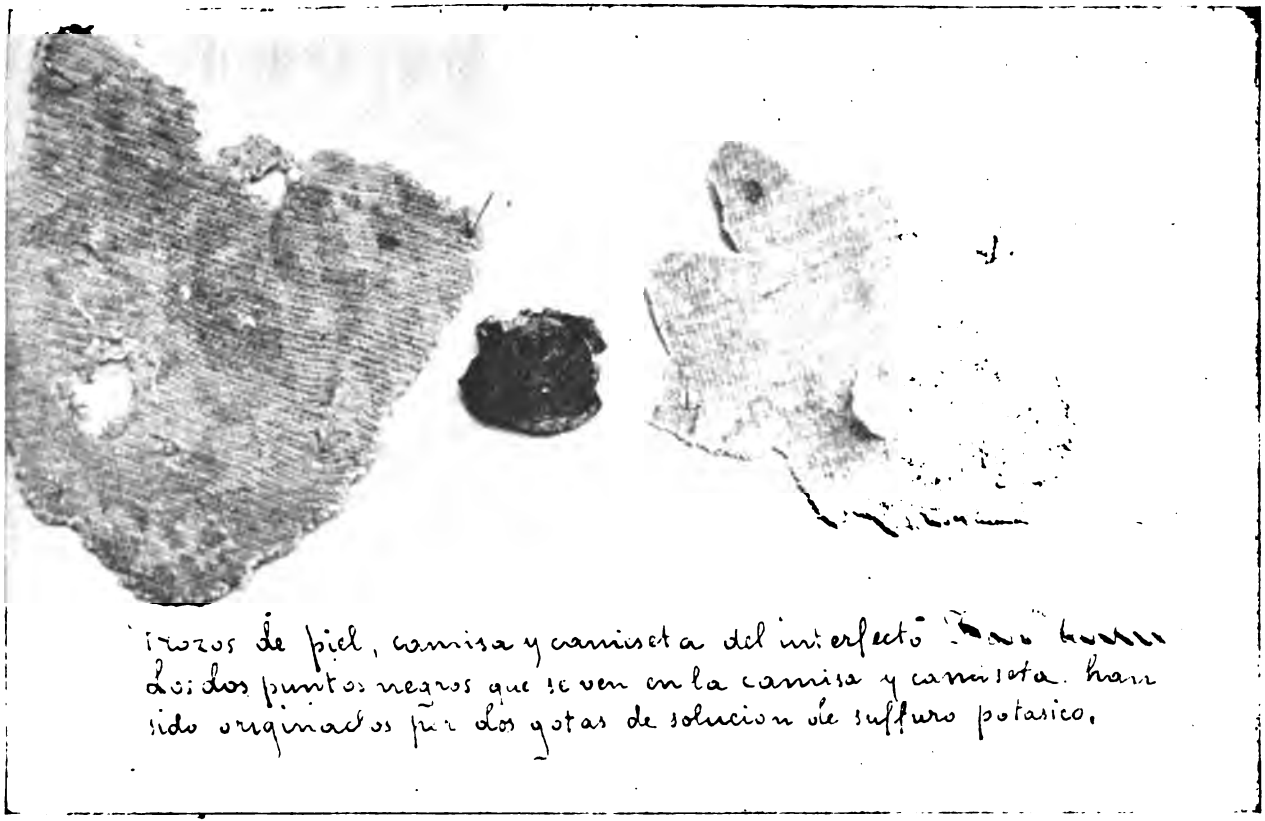

Trozos de piel, camisa y camiseta del interfecto
Los dos puntos negros que se ven en la camisa y camiseta han
sido originados por dos gotas de solucion de sulfuro potasico.

Figura 1.

Repito que, cuando se nos obliga á servir de *lazarillos* á la justicia en causa por disparo de arma de fuego, la pregunta más esencial, bajo su aspecto jurídico, que nos dirige S. S., y la que más importancia tiene para juzgar el hecho criminal, es la que se refiere á la distancia á que haya podido verificarse el disparo.

En este caso, una de dos; ó las señales son tan evidentes que puede prescindirse de nuestro dictamen, ó son tan obscuras, que dados los elementos de que puede disponer un médico rural ó no rural, tiene que dejarse la pregunta sin respuesta.

En ocasiones, y estas abundan por desgracia, se responde ligera ó apasionadamente, convirtiéndose el perito en cómplice de la ignorancia obligada de la justicia en estos asuntos.

A fin de pretender evitar este lamentable error y de consecuencias tan funestas, en lo posible; con el fin también de demostrar que todos los elementos que la Ciencia nos proporciona hoy por hoy, son insuficientes y falaces, y por último, y principalmente, para ofrecer á la consideración de los lectores de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS, el resultado de mis investigaciones en este sentido, es por lo que abuso de su atención; de la bondad del incomparable Director de dicha REVISTA, Dr. Ulecia, y de la hospitalidad que en sus páginas me permite.

Indújome á efectuar estas investigaciones, un *hecho de autos* confuso é imposible de juzgar por la prueba testifical, é imposible también por la pericial, hasta que la causa llegó á mis manos.

En un pueblo de esta provincia, cuyo nombre no hace al caso, apareció muerto y rígido una mañana, un hombre que presentaba una herida por arma de fuego. El proyectil había penetrado por el primer espacio intercostal izquierdo á muy corta distancia de la articulación esterno-clavicular; había fracturado el borde inferior de la segunda costilla, dejando las esquirlas adheridas á dicho hueso é interesando el pulmón con un trayecto de un centímetro de diámetro, había perforado el pericardio; el ventrículo izquierdo, mediante un orificio de *tres centímetros*; nuevamente el miocardio, el pericardio y el diafragma y se había alojado en el borde postero-inferior del bazo.

Después de pacientes investigaciones, llevadas á cabo con sin igual pericia por el muy ilustrado y activo Juez que instruyó este sumario, resultaba, según declaraciones, que el presunto autor disparó desde una ventana á 3 metros de desnivel y *nueve* de distancia del sitio que ocupaba la víctima en el momento de su muerte.

Existía otro presunto autor que, según indicios muy comprometedores, podía haber verificado el letal disparo á corta distancia.

Uno de los compañeros que emitieron el informe de autopsia, por cierto médico de excepcional ilustración, después de razonadísimos argumentos, profundos estudios y detenidas experiencias, informó que el disparo pudo verificarse á la distancia de *uno á veinte metros.*

Llamados á dictaminar otros dos distinguidos compañeros, convienen en que dicho disparo *debió* efectuarse *probablemente á menos de ochenta centímetros.*

Yo deploro que el respeto que debo á la paciencia de mis amables lectores, la índole de este trabajo y el secreto del sumario, me impidan transcribir íntegramente los informes de tan competentes compañeros, no sólo para dar buena prueba de su competencia, sino para demostrar que, equivocáranse ó no (y claro está que alguno había de equivocarse), podía depender, no de su falta de conocimientos ni de interés por la justicia, sino de los escasos y falaces elementos de juicio que la ciencia tiene, hoy por hoy, para auxiliarnos en esta investigación.

En este estado la cuestión, se me obliga á intervenir en el proceso.

Como elementos para formar juicio se me entregan: los datos que extractados anteceden; un revólver Smith; la bala que se encontró en el bazo del interfecto; una cápsula cargada y un frasco que contenía, en alcohol, un trozo de piel y otros dos de la camisa y camiseta que vestía la víctima, cortados alrededor del orificio de entrada del proyectil.

El revólver Smith era un arma magnífica de 0,009 metros de calibre y 250 metros de alcance. La cápsula de culote liso, y, por tanto, relleno de fulminante, y la bala que produjo la muerte, en un todo idéntica á la que cargaba la cápsula, por tener dos estrías perpendiculares á su eje.

Para no cansar á nuestros lectores con minuciosos detalles, sólo diremos que no nos fué posible encontrar en el trozo de piel (fig. 1) los puntos negros indicados por nuestros compañeros, tal vez por su exigüidad ó alteraciones; observando solamente la dirección oblícua del trayecto y partes blanquecinas y apergaminadas en los bordes, que lo mismo podían proceder de quemadura superficial, de contusión ó rozamiento originados por el proyectil, que de los estragos de la putrefacción, porque conviene advertir que estos trozos habían estado inhumados con el cadáver por espacio de veinte días.

Los trozos de camisa y camiseta (fig. 1) presentaban, además de

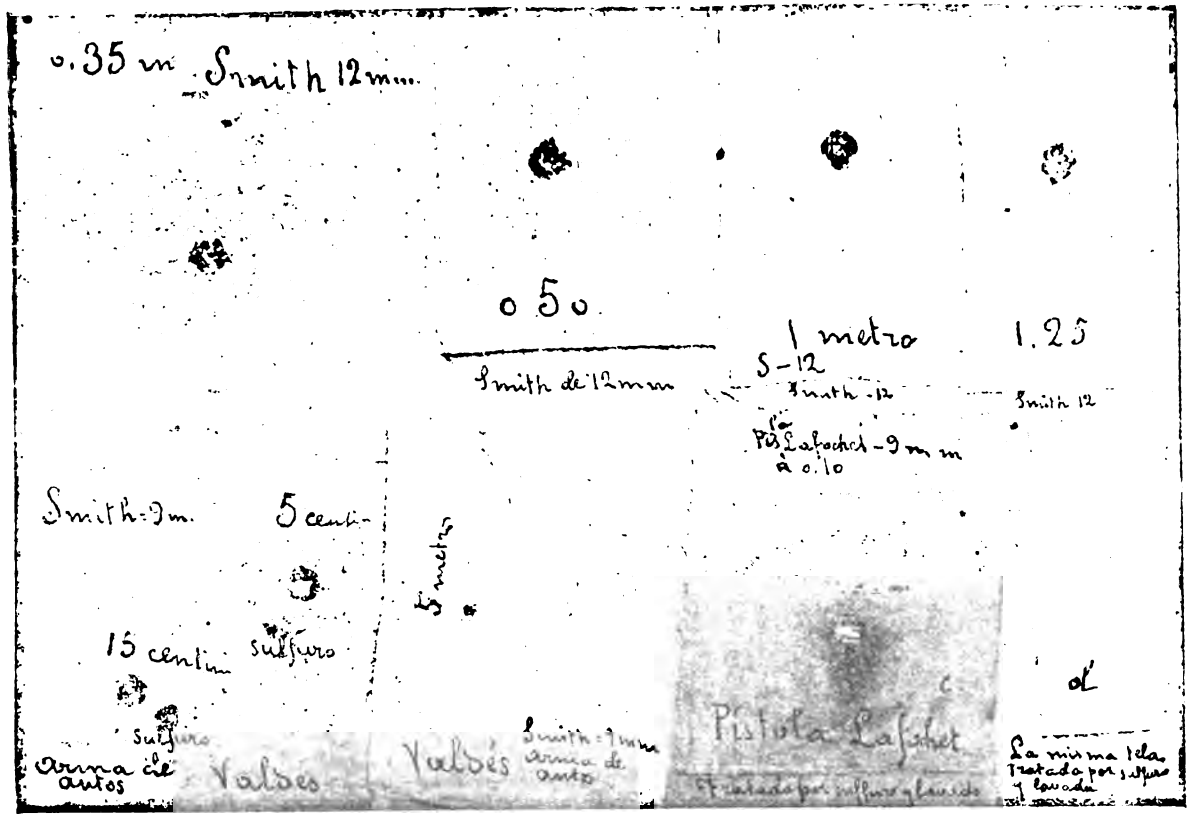

0.35 m
Smith 12mm
0 50
1 metro
1.25
Smith de 12mm
S-12
Smith-12
Smith 12
Pis. Lafochet-9 mm
a 0.10
Smith-9m.
5 centi-
5 metro
15 centim
sulfuro
Sulfuro
arma de autos
Valdés
Valdés
Smith-9mm
arma de auto
Pistola Lafochet
La misma tela
tratada por sulfuro
y lavada

Figura 2.

un tono pardo rojizo, CIERTAS MANCHAS AZULADO-VERDOSAS, tan poco manifiestas, que habían pasado desapercibidas para los dignísimos peritos médicos que me habían precedido.

Dejemos por ahora esas manchas, *objeto principal de nuestro estudio*, y digamos algo de lo mucho que hice para tratar de resolver el problema BALÍSTICAMENTE.

Admitiendo la existencia de puntos negros en la periferia del orificio de entrada del proyectil, hice disparos con el arma de autos; con Smith de 0,012 y 0,007 metros; Bull-dog de 0,012 metros; revólver y pistola Lefaucheux de 0,012, 0,009 y 0,007 metros; revólver Remingthon de 0,009 metros, y ametralladora de 0,007 metros, es decir, con casi todas las armas de pequeño calibre, que pueden emplearse para la comisión de un hecho criminal.

Trataba de comprobar con estos experimentos, los de Du Mesnil, Tourdes, Desfosses, etc., así como los de mi ilustrado compañero y trataba además de resolver *balísticamente* el problema de autos, colocándome en las condiciones más análogas á aquellas en que se verificó el letal disparo.

Al efecto, disparé con el arma de autos, ó sea con Smith de 0,009 metros sobre cabritilla descubierta, encontrando *tatuage* en casi todos los disparos á 1,20 metros, y desapareciendo también en casi todos á esa distancia, pues los raros puntos que se encontraban á 1,20 estaban situados muy lejos del orificio de entrada (0,10 á 0,15 metros).

Del mismo modo, los disparos con Bull-dog de 0,012 metros, me dieron *tatuage* hasta 1,80, y con las otras armas de 0,007 y 0,009 metros desaparecía antes de 1 ó 1,20.

Disparos con el arma de autos sobre papel glicerinado, me hicieron observar puntos á 1,50 metros en un radio de 0,015; sólo dos á 1,75 metros y ninguno á 2.

El experimento *balístico* más importante, para la resolución del problema que nos ocupa, fué el verificado con disparos del arma de autos sobre cabritilla cubierta con tejidos análogos á los que vestía el interfecto. Por ellos pude apreciar que á 0,10 metros no se apreciaba *tatuage*, puesto que á 0,05 sólo 6 granos de pólvora habían atravesado las telas, incrustándose muy superficialmente en la cabritilla.

Estudiemos ese *tatuage*, porque si bien no es nuestro principal objeto, es asunto de gran interés para el que tratamos de dilucidar.

Sabemos todos, y sobre todo los que sean cazadores, que así como existen pólvoras que *tatúan* mucho, otras, en cambio, *tatúan* poco,

sin hablar de las que, como la cloratada, la de algodón y algunas modernas, *tatúan* nada ó casi nada.

Sabemos también que la intensidad y caracteres de ese *tatuage* dependen, además de la distancia del disparo, de la naturaleza y condiciones de la pólvora, de la limpieza del arma, de su alcance, escape de gases, etc., etc.

Fácilmente se comprende que si la pólvora es imperfecta, si tiene mucho carbón y poco nitro y azufre, ó si está húmeda, se combustionará mal, y por tanto, sus resíduos carbonosos serán mayores y mayor también la dimensión de los granos incompletamente quemados.

Compárense en las figuras 2 y 4 los disparos Smith y Bull-dog, de 0,012 á 0,25 metros. El de Smith con cápsula nueva y de confianza, y el de Bull-dog con cápsula que tenía en mi poder veinte años.

Así, la pólvora imperfecta ó alterada tiene mayor facultad *manchante*, pero en cambio su fuerza impulsiva es menor, y menor por lo tanto la penetración de sus granos. Se ve, en efecto, en disparos sobre superficies cubiertas, que algunos que manchan mucho la primera, dejan inmaculada la segunda; al paso que otros, que relativamente respetan aquélla, dejan señales manifiestas en ésta. Cuando observemos esto claramente, podemos asegurar que la pólvora y el arma eran buenas, y en caso contrario, que una ú otra, ó las dos, eran defectuosas.

Buena prueba de ello es el gráfico caso de Vibert.

Una mujer recibe un disparo en plena cara verificado con una mala pistola cargada con perdigón y gran cantidad de pólvora ordinaria. Toda la cara, desde la raíz de los cabellos hasta el mentón, estaba acribillada de granos de pólvora, y, sin embargo, no existía señal alguna de quemadura. Los experimentos que en este caso llevaron á cabo Vibert y Gastinne Renette comprobaron que á 0,30 metros se podían producir esos efectos.

La persistencia del *tatuage* depende, por tanto, no sólo de la distancia á que se ha efectuado el disparo, sino de las condiciones del arma, carga y tejido protectores. Se comprende fácilmente que un disparo á 0,80 metros con arma de 250 metros de alcance pueda incrustar en el dermis granos de pólvora, al paso que otro, con arma de 100 metros de fuerza impulsiva, sólo manche á 0,40 metros la capa superficial del epidermis.

Según Du Mesnil, ese *tatuage* no se aprecia con armas de pequeño calibre más allá de los 0,80 metros. Según Tourdes, se observa á 2

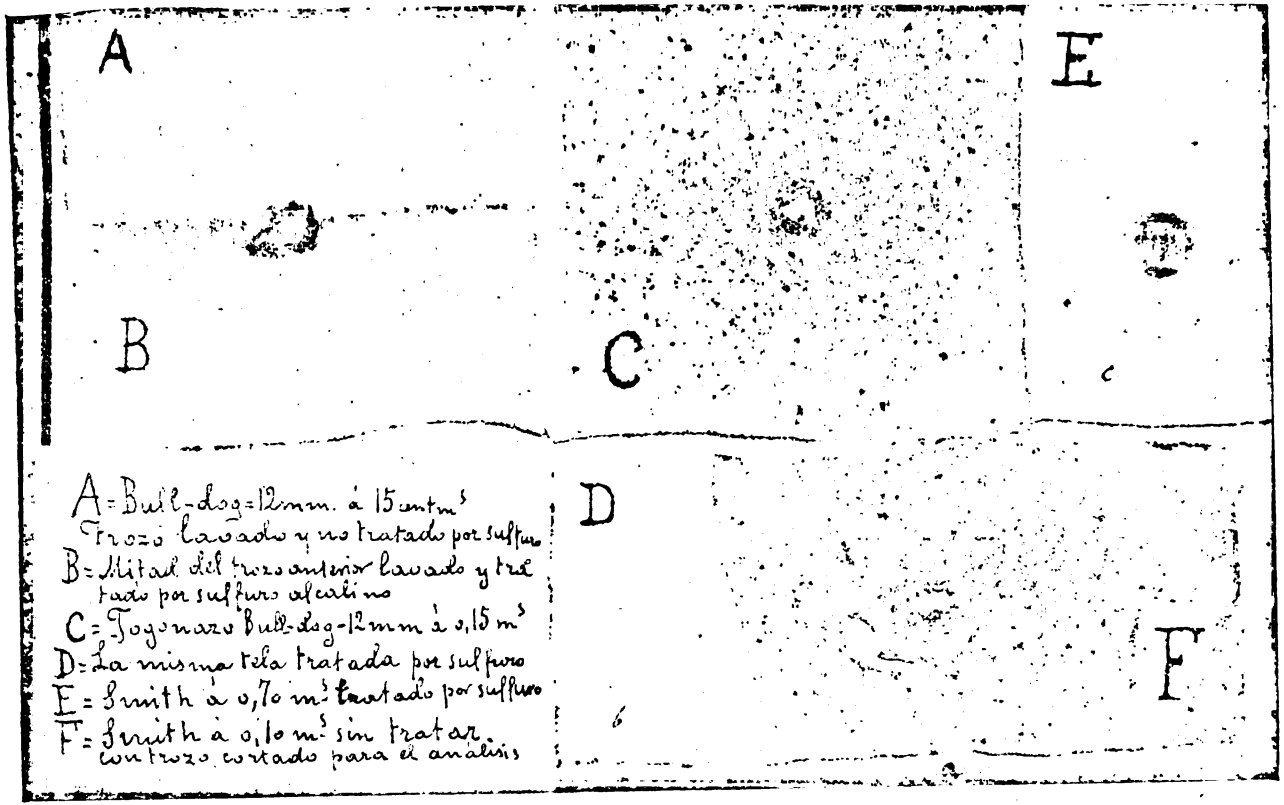

A
B
C
D
E
F
A = Bull-dog = 12mm. à 15 cntms
Trozo lavado y no tratado por sulfuro
B = Mitad del trozo anterior lavado y tratado por sulfuro alcalino
C = Jogonazo Bull-dog-12mm à 0,15 ms
D = La misma tela tratada por sulfuro
E = Smith à 0,70 ms tratado por sulfuro
F = Smith à 0,10 ms sin tratar.
con trozo cortado para el análisis

Figura 3.

metros con pistola, á 1,50 metros con el gran revólver americano y sólo á 0,40 metros con el ordinario. Desfosses sólo le ha observado á 0,32 metros con revólver Lefaucheux de 0,007 milímetros. Leroux y Gastinne con pistola Lefaucheux de 0,009 milímetros han producido el *tatuage* y quemadura á 0,13 metros, así como también á 0,20 y á 0,30, pero desapareciendo toda señal á 0,50 y 0,80 metros.

Con todas las armas que yo he empleado, y con pólvoras ordinarias más ó menos perfectas, jamás he observado «en múltiples disparos» *tatuage* á los 2 metros, y dicho se está que los escasísimos granos que podían apreciarse á 1,80 metros eran poco perceptibles y estaban separados 0,10 á 0,15 metros del orificio de entrada. Dicho se está también que en estas distancias máximas nos referimos á pólvoras averiadas, cañones un tanto sucios, superficies algo estoposas y armas de alcance de 100 á 250 metros.

No podemos negar, sin embargo, que disparo en que no se encuentren puntos de pólvora haya podido efectuarse á menos de 1,50 á 2 metros de distancia, porque no sólo influye en su producción la cantidad y calidad de la pólvora y naturaleza y limpieza del arma, sino también la dirección más ó menos tangencial en que se actúa el disparo.

En este sentido es curiosísimo el fogonazo Bull-dog á 0,20 metros (fig. 4), en el que, chocando el proyectil en el ángulo del madero sobre que disparaba, no sólo no produjo *tatuage*, sino tampoco mancha.

Este curiosísimo hecho lo ha comprobado Vibert en disparos sobre el cuerpo humano, en los suicidas, y excusamos decir lo presente que debe estar en el ánimo del perito médico, para no negar nunca en absoluto que una herida por arma de fuego en que no se presenten señales de fogonazo, haya podido ser causada cuerpo á cuerpo ó á *bout portant*, como dicen los franceses.

Llamamos la atención sobre el resultado del *tatuage* en superficies cubiertas, y como en él influyen, en primer término, la porosidad y *combustionabilidad* de las telas protectoras, nos permitimos aconsejar, para resolver el hecho concreto, que se dispare sobre cabritilla humedecida y cubierta con tejidos análogos á los que llevara la víctima.

(Conçluirá).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.

I. ÉTUDE EXPERIMENTALE ET CLINIQUE SUR QUELQUES PERSULFATES ALCALINS ET SUR LA PERSODINE, par le docteur Henry Rigot. Lyon, 1901.

II. TRAITÉ DES VARICES DES MEMBRES INFERIEURS ET DE LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL, par Ch. Rémy, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de París.

I

Notable por todos conceptos es el estudio farmacodinámico y terapéutico que dicho Profesor ha practicado sobre estos nuevos productos medicinales.

Comienza la obra (que forma un tomo de 211 páginas en 4.°, ilustrado con varias láminas) describiendo el ácido persulfúrico y los persulfatos alcalinos desde el punto de vista químico; pasa después á relatar los experimentos verificados por el autor con objeto de conocer los efectos de los persulfatos sódico y amónico sobre la sangre; sigue con los dedicados á poner de manifiesto la actividad venenosa de la indicada droga; vienen á continuación los concernientes al estudio farmacodinámico de dichos preparados, con indicación particular de su acción antiséptica y de su influencia sobre las funciones digestivas, y termina, por fin, con el relato de 41 ensayos clínicos practicados con la persodina en enfermos de tuberculosis, anemia, cloro-anemia, convalecencia de enfermedades graves y debilidad general.

Concretando ahora, en pocas palabras, las conclusiones más importantes del trabajo del Dr. Rigot, resulta:

1.° Que administrados en pequeñas dosis, los persulfatos alcalinos, aumentan el apetito y activan considerablemente los cambios nutritivos de los elementos histológicos.

2.° Que poseen una acción antiséptica bien demostrada sobre los microbios aerobios.

3.° Que á dosis tóxicas, paralizan los centros respiratorio, circulatorio y vaso-motor de la médula oblongada, determinando la muerte por asfixia y por parálisis del corazón en diástole.

4.° Que actuando directamente y en cantidades elevadas sobre el

líquido sanguíneo, lo coagulan y transforman en un producto de reducción distinto de la metahemoglobulina.

5.° Que en pequeña cantidad no alteran las funciones digestivas ó sólo las perturban muy ligeramente.

6.° Que pueden administrarse como tónicos y aperitivos en todas las enfermedades que se acompañan de anorexia y de debilidad general.

II

Es lo más extenso y completo que hemos leído sobre tan frecuente enfermedad, pues forma un volumen de 280 páginas, en el que sólo se estudian las várices de los miembros inferiores.

El capítulo primero se ocupa de la descripción anatómica de las venas superficiales, profundas y comunicantes de los referidos miembros; el segundo, de la histología normal de dichos vasos; el tercero, del mecanismo de la circulación de la sangre por la mitad inferior del cuerpo, tanto en posición horizontal, como en la vertical; el cuarto, de las lesiones anatómicas de las venas dilatadas; el quinto, de las lesiones histológicas de los mismos vasos; el sexto, de los caracteres y variedades de las dilataciones ó ampollas varicosas; el séptimo, de las lesiones desarrolladas en los tejidos inmediatos; el octavo, de la coincidencia ó complicación de las hiperostosis con las várices; el noveno, de la fisiología patológica, mecanismo ó patogenia del proceso morboso, con indicación especial de los diversos elementos que contribuyen á su determinación; el décimo, de presentar algunas observaciones clínicas y anatómicas, contrarias á la opinión de Verneuil sobre la primitiva localización de los procesos varicosos; el undécimo, del estudio analítico de las causas; el duodécimo, de los síntomas comunes á todas las formas clínicas; el décimotercero, de los caracteres especiales á cada una de las referidas formas; el décimocuarto, del diagnóstico de las várices no complicadas; el décimoquinto, de la marcha de la enfermedad y de su pronóstico; los seis siguientes, de las complicaciones (ruptura, flebitis, úlcera varicosa, dermitis, retracciones cicatriciales y elefantiasis); el vigésimosegundo, de la posibilidad y mecanismo de una curación espontánea; el vigésimotercero, del tratamiento, comprendiendo el especial de las formas clínicas más importantes, de igual modo que el correspondiente á cada una de las ya mencionadas complicaciones, y los dos últimos, es decir, el vigésimocuarto y vigésimoquinto,

de los resultados próximos y lejanos que se obtienen con las operaciones quirúrgicas recomendadas.

Todas las partes de la obra están tratadas con igual esmero, y en todas ellas se revelan los profundos conocimientos del autor sobre la materia de que se ocupa; pero no es posible dar por terminada esta pequeña nota bibliográfica, sin hacer una mención especialísima de los capítulos dedicados á etiología, complicaciones y tratamiento, pues en ellos se encierra materia suficiente para formar por sí solos verdaderas Monografías.

Entre las complicaciones se estudia con gran extensión la úlcera varicosa, describiendo su patogenia, lesiones histológicas, frecuencia, sitio, orden de aparición, síntomas, terminaciones, variedades, marcha y diagnóstico; y en el capítulo destinado al tratamiento se describen: 1.°, los tratamientos paliativos (compresión y reposo); 2.°, los curativos ó quirúrgicos, comprendiendo los recomendados por el autor; 3.°, los relativos á las variedades clínicas más importantes, no complicadas; 4.°, los especiales de las complicaciones más frecuentes, sobre todo de las úlceras, de la ruptura y de la flebitis, y 5.°, las contraindicaciones de la intervención operatoria.

El libro de que se trata contiene, en fin, numerosas historias clínicas, recogidas por el autor, y está ilustrado con multitud de grabados, copia algunos de ellos de interesantes fotografías.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 13 *de Abril de* 1901.

Mónstruo extraordinario.—El *Dr. Calvo y Martín* da cuenta de haber visto uno que sólo tiene cabeza y tronco, no obstante lo cual, pinta, escribe y toca á la perfección. Es casado y tiene nueve hijos.

Anestesia por las inyecciones raquidianas de cocaína.—El *Dr. Calvo y Martín* lee una comunicación que le ha remitido el Dr. Lozano, catedrático de Clínica quirúrgica de la Universidad de Zaragoza, en la que da cuenta de haber operado 13 casos por el procedimiento de Tuffier.

Una apendicitis supurada, cuatro hernias inguinales seguidas de curación, una laparotomía, una gastro-enterostomía y seis operaciones más que

se han efectuado en las extremidades abdominales. Todos los operados presentaron taquicardias, seis presentaron cefalalgia y dos vómitos.

Asegura que las inyecciones de cocaína son mejor anestésico que el cloroformo para las operaciones realizadas por debajo del diafragma, y aunque se presentan vómitos, se corrigen fácilmente con una mezcla de café con leche. Esta condición de los vómitos producidos por la cocaína es una ventaja grande de este procedimiento, porque permite tonificar durante el acto operatorio á los enfermos debilitados. Encuentra, sin embargo, dos inconvenientes: 1.°, que el enfermo asiste á su operación con todos los sentidos despiertos; esto hace que las operaciones de los órganos genitales femeninos sean repugnadas en la clínica particular, sobre todo, cuando se trata de religiosas. Como ejemplo de la importancia de estos inconvenientes cita lo sucedido en un enfermo gastro-enterostomizado; este enfermo estuvo creyendo que se moría durante los siete días consecutivos á la operación, porque, según él, en la segunda parte de ésta le habían cortado un órgano importante. Tal creencia teníala el enfermo, porque el operador había reñido á los ayudantes por haber cortado un punto de seda antes de tiempo, lo cual interpretó el enfermo de la manera antes mencionada. Desde entonces el Dr. Lozano tapa los ojos y obstruye los oídos de sus operados antes de ir á la mesa de operaciones; y 2.°, que no producen relajación muscular, siendo, por lo tanto, imposibles ciertas operaciones de los miembros.

Influencia de los pneumogástricos sobre el ritmo y la potencia de las contracciones cardíacas. Origen de las fibras gustativas del lingual. — El Dr. Gómez Ocaña: Voy á contestar brevemente á las observaciones que se han dignado hacerme los Dres. Calvo, Espina y Cervera, con motivo de la comunicación que tuve el honor de presentar á la Academia. Y ya que estoy en el uso de la palabra, por tratarse de cuestiones muy análogas, diré algo sobre la resección de los nervios maxilares y acerca de la influencia que estos tienen sobre la sensibilidad táctil y gustativa de la parte anterior de la lengua.

Por lo que respecta al motivo de mi comunicación sobre la función cardíaca de los pneumogástricos, no se me ocurre rectificación alguna que hacer: se trata de una cuestión muy compleja, de la cual sólo he traído aquí una parte. La cuestión concreta que yo traje fué la influencia que los pneumogástricos tienen sobre el ritmo y la potencia de los latidos cardíacos. Y en ese punto me afirmo y ratifico en que á la complejidad anatómica de los nervios vagos, corresponde otra fisiológica, pues gobiernan los latidos cardíacos, por fibras que sirven de freno del corazón, que le aceleran, ó que actúan sobre la potencia, aumentándola.

Yo no he podido encontrar nervios que disminuyan la potencia cardíaca; las únicas fibras de esta clase, que conozco, obran de un modo reflejo; tampoco he podido encontrar fibras motoras directas ni logrado suspender los latidos cardíacos por el curare; es, por tanto, el corazón un músculo singularísimo, muy distinto de los músculos de la vida animal.

Con esta cuestión y con otra que oportunamente trajo el Dr. Ribera, se enlaza la de si se puede ó no vivir después de la sección de los pneumogástricos.

Dejo íntegra la cuestión á los cirujanos; pero experimentalmente tengo averiguado que ni los conejos ni los perros mueren por la sección de un

pneumogástrico. La sección de los dos nervios mata á los animales en un término breve que sólo permite apreciar lesiones en el aparato respiratorio. Quizá por esta corta supervivencia, no he observado lesiones del hígado ni del corazón. Después de la sección de los dos vagos, en los perros, nótase afonía y una disparidad chocante entre los ritmos respiratorio y cardíaco. La relación normal es como en el hombre, de 1 : 4; pues bien : después de la resección de un pneumogástrico, y mejor de los dos, el corazón se desboca y la relación se cambia de 1 : 10, de 1 : 14, de 1 : 16 y á 19. ¡Y se comprende! La sección del pneumogástrico, del lado del corazón suprime el ritmo, y del de la respiración, la espuela, pues cesan las corrientes excitadoras que el dicho nervio conduce á los centros respiratorios.

Después de la sección de un pneumogástrico, sólo por accidente he visto un caso de muerte. Las condiciones del laboratorio no permiten una larga supervivencia de los animales en que se experimenta ; pero supongo que el animal que al cabo de dos meses está repuesto, ha de seguir viviendo.

Sólo me resta contestar á una pregunta concreta que me hizo el Dr. Cervera. Operando éste, en el cuello, quedó al descubierto un pneumogástrico, y en seguida se presentó una taquicardia tan alarmante, que le hizo temer por la vida del enfermo; para salvarle se le ocurrió mojar una esponja en agua caliente y aplicarla al nervio, y en el momento se restableció el ritmo; la quitó para colocar nueva esponja, y otra vez volvió la taquicardia. Y me decía el Dr. Cervera : ¿por qué pasaba esto?

Más fácil es hacer la pregunta que contestarla tratándose del pneumogástrico. En las ranas, este nervio cuando se calienta, no funciona como nervio inhibitorio cardíaco, y vuelve á funcionar cuando se enfría. El pneumogástrico es tanto más activo cuanto más alta es la temperatura de los animales, y en seguida viene la excepción de las aves, en las cuales ocurre todo precisamente al revés. De modo que no es fácil que yo pueda contestar concretamente á la pregunta del Dr. Cervera. En el caso suyo parece que fué el agua caliente la que devolvió su excitabilidad al pneumogástrico, pero ¿quién podrá afirmarlo?

El Dr. San Martín presentó aquí un enfermo dos veces operado de resección de los nervios maxilar superior é inferior, la primera vez fuera del cráneo y la segunda dentro, y al acabar su relato me invitó á que explorara la sensibilidad táctil de la lengua del enfermo.

Es notable que después de la primera resección extracraneana, conservara el enfermo la sensibilidad gustativa en ambos lados de la lengua.

Recayó el enfermo, y hubo necesidad de operarle nuevamente de resección de los dos nervios cerca del ganglio de Gasser.

Invitado, como digo, por el Dr. San Martín, llevé el enfermo á mi Cátedra, donde al efecto tenía preparadas una disolucion de quinina al 1 por 2000, otra muy salada, otra de azúcar de caña al 1 por 100 y otra de ácido acético al 1 por 100. Con un pincel muy pequeño le tocaba en el lado sano y en el enfermo de la lengua, comprobando también en varios alumnos el resultado de la exploración. El operado había perdido la sensibilidad gustativa en el lado correspondiente, no notaba el amargo ni el dulce, y únicamente apreció la acidez, pero más bien la causticidad que el sabor ácido de la disolución. En el lado derecho sí se daba cuenta de los sabores.

Con el estesiómetro sólo apreciaba distancias grandes por el lado enfermo, mientras que en el sano bastaba la separación de 2 milímetros.

La punta, bordes y dorso de la lengua, deben sus fibras gustativas al nervio lingual, esto es indiscutible.

Este enfermo abona la opinión de los que creen que las fibras gustativas del lingual tienen por origen el ganglio de Gasser. Si desconociendo lo limitado de nuestras facultades nos fijamos en el complicado trayecto de las fibras gustativas, pudiéramos afirmar temerariamente que parece hecho para poner á prueba el ingenio de los investigadores; mas la paciencia de éstos ha vencido al misterio.

Al lado de esta prueba que el enfermo suministra, hay una objeción. Si las fibras nacen del ganglio de Gasser, no hay duda que quedaron indemnes las aferentes del ganglio de Meckel y el mismo ganglio, después de la primera operación.

Describe con gran precisión el trayecto de fibras gustativas y enumera después los efectos que produce la resección de cada una de ellas, y añade:

Se puede afirmar casi positivamente que el origen remoto de las fibras gustativas del lingual son las neuronas del ganglio de Gasser. El nervio lingual presta también sensibilidad táctil á la parte anterior de la lengua, pero sus fronteras y las del gloso-faríngeo no están delimitadas, y además, que el resto de sensibilidad táctil que conservaba este enfermo, podía haberla recibido del nervio gloso-faríngeo, el cual pudo prestarlas al lingual á través de los ganglios ótico y de Meckel.

El Dr. San Martín: ¡Bien haya la época que alcanzamos en que una operación quirúrgica puede presentarse iluminada con los resplandores de la Fisiología!

Creo que un análisis como el que ha hecho el Dr. Gómez Ocaña es llegar á la meta y que en ninguna parte del mundo se podría hacer más.

Y voy á esclarecer algunas de las dudas que le han ocurrido en la interpretación de los hechos presenciados:

Si he dicho aquí que había resecado el nervio maxilar superior hasta su salida del agujero redondo mayor, debo rectificar. Como la operación no se hace por disección sino por arrancamiento, lo que se obtiene es el tronco principal, pero de las ramificaciones apenas si se puede decir lo que ocurre con ellas. Yo hubiera cuidado de respetarlas en la operación y hubiera enviado la pieza para su análisis histológico para ver qué es lo que había resecado, lo que se había sustraído; como la resección no resultó donde yo quise, porque, á consecuencia de haber descubierto el ramo suborbitario y haber tirado de él, tuve mucho empeño de que se arrancara en la proximidad del agujero redondo mayor, pero no puedo responder si fué todo ó si fué sólo parte extraída por el gancho con que yo tiraba, y pudo resultar la sección muy por delante del ganglio de Meckel. De suerte que yo no insisto en que hiciera la resección en la extensión que pretendía. En adelante tendré muy buen cuidado de avisar al Dr. Gómez Ocaña para todos los casos que crea dignos de sus estudios.

La resección del maxilar inferior no tuvo gran importancia, sólo se resecaron 2 ó 3 centímetros, porque como los nervios son tan distensibles, cuando se sacan 2 centímetros, puede casi asegurarse que se reseca uno solo.

En el cadáver, mi ayudante el Sr. Goyanes ha logrado, á través del agujero mentoniano, extraer todo el nervio maxilar inferior, y parece mentira que, siendo tan numerosas sus ramas, salgan todas tirando sólo de una. Esto no lo he practicado todavía en el vivo.

¿Qué he de decir yo respecto á esa discusión tan interesante que nos ha hecho seguir con tanta delectación el Dr. Gómez Ocaña, respecto al origen real de esos nervios? Acerca de esto, no puedo resistir la tentación de invitarle para que en otros casos me ilustre acerca de las sustituciones de nervios sensibles en estas operaciones quirúrgicas, en que parece que logramos cortar un camino doloroso, y muchas veces sólo conseguimos atenuar ó disimular la sensación dolorosa. Estimulado por los estudios del Dr. Gómez Ocaña, anuncio á la Academia otro trabajo.

La verdad es que la sección de los nervios sensitivos nos da grandes sorpresas. Cajal me ha expuesto la posibilidad de circulaciones colaterales nerviosas que pueden sustituir á las que hayan sido intervenidas quirúrgicamente.

Yo habría querido que este enfermo padeciera de su córnea, porque así se habría colegido que estaba también degenerado el ganglio; es decir, que sería el modo de saber si este enfermo está bien curado.

No sé que haya ningún caso en que el nervio oftálmico haya sufrido por la resección del ganglio de Gasserio, pero está mandado que se respete dicho nervio en esta operación.

Sé de un caso de una neuritis rebelde, de esos que son una afrenta la preocupación de los operadores, neuritis que se suelen presentar á consecuencia de amputaciones. Una muchacha, en la que se había hecho la amputación del dedo gordo del pié, acompañada de manifestaciones dermáticas ascendentes, tuvo dolores que me obligaron á hacer la resección del ciático poplíteo externo y me encontré con que á las veinticuatro horas volvió el dolor, aunque había alejado todo lo posible las dos partes seccionadas. ¿Cómo se puede explicar esto?

Otro caso, que se me presentó con un callo doloroso en la palma de la mano, al operar por extirpación de la callosidad, no dió más que un resultado pasajero. Hago la tracción del nervio cubital y desaparecen estos dolores, sin que en un año que hace ya, el enfermo haya vuelto á sentirlos. Y esto, ¿cómo se explica después del caso anterior? Se dirá que en el primer caso había neuritis ascendente que había pasado del punto de la sección; pero la Cirugía sólo puede ofrecer á la Fisiología la primera materia, por decirlo así, de estos estudios, esperando de esta Ciencia la guía definitiva de las indicaciones operatorias en los casos morbosos rebeldes á los tratamientos ordinarios.

Degeneración del ganglio de Gasserio. — El Dr. Espina: Voy á referir de memoria un caso que se publicó en la Revista de Medicina y Cirugía prácticas, del año 1890. Se trataba de un diagnóstico hecho en la Clínica. Toda la esfera del trigémino estaba invadida al intervenir la Medicina, y de tal manera había lesión trófica del lado derecho que había una desaparición de toda la esfera del trigémino, y me atreví á hacer el diagnóstico. Las lesiones tróficas del ojo eran insensibilidad completa de la córnea y degeneración de la misma y pérdida completa de la visión. Este enfermo tenía ante-

cedentes cancerosos. Yo no recuerdo si se diagnosticó de cáncer del ganglio de Gasserio; de manera que, ¿se ha hecho alguna vez la prueba de una resección total de este ganglio con todas sus ramas? Sí; se ha hecho clínicamente.

Promete leer la historia clínica completa en una de las próximas sesiones.

Enfermedades parasifilíticas. — El *Dr. Hernando* dice que va á exponer algo que por su modestia calló el Dr. Taboada, que ha sido uno de los primeros propagandistas hará unos treinta años, cuando aquí nadie se acordaba de estas cosas. Recuerda uno de los trabajos más interesantes que se han hecho en España, y que todo el mundo ha olvidado, que fué el del *Anuario de Aguas minerales* que él publicó. Andaban dudando en la clasificación y él fué el primero que la hizo.

Añade que habiendo hablado el Dr. Taboada del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades parasifilíticas, ha callado modestamente otras cosas. El vulgo á toda lesión que se complica con la sífilis la confunde con ésta, y cita como ejemplo el bubón sifilítico, un verdadero infarto del ganglio, que no supura, pues quien supura es el tejido celular de alrededor.. Esta y otras lesiones análogas son las parasifilíticas.

Quedó en el uso de la palabra para otra sesión.—Dr. Eduardo Toledo.

PERIÓDICOS

Cinco casos de intoxicación por las bayas del coriaria myrtifolia.—En la *Revista de Medicina y Cirugía*, de Barcelona, publica D. Eduardo Xalabarder, el caso clínico siguiente :

El día 11 de julio de 1895, fué llamado precipitadamente para asistir á unos muchachos que se hallaban en grave estado, efecto, según le dijeron, de la ingestión de una gran cantidad de bayas. Efectivamente, al llegar al sitio indicado, encontró dos niños de siete á ocho años, revolcándose el uno entre horribles convulsiones clónicas, mientras el otro fallecía á los pocos momentos. Llegó también en aquel momento el Dr. Augé y juntos prestaron al que quedaba vivo, los posibles auxilios. El pobre niño era preso de fuertes accesos eclámpsicos que se sucedían sin interrupción, dejando solamente entre ellos pequeños espacios de sopor profundo en que la respiración languidecía de tal modo, que se hizo necesaria la respiración artificial, sosteniéndola durante más de dos horas. Prodigáronse las fricciones y sinapismos, diósele alguna inyección de éter y en vano se intentó provocar el vómito por cuantos medios hubo á mano. Administrósele hasta una inyección de amoníaco puro, que no produjo más efecto que dejar una mancha negra, como reacción local, en el sitio de la punción ; tal era el estado de postración y lividez del intoxicado. De pronto tuvo que dejarle al cuidado del Dr. Augé para acudir al pueblo en auxilio de una niña de unos seis años, que en compañía de los muchachos había también comido el malhadado fruto ; pero ya fuera porque se hallara indispuesta después de la ingestión, ó porque supiera algo de la toxicidad de dicha planta, bien conocida del vul-

go, la niña se fué inmediatamente á su casa contando lo ocurrido, por cuyo motivo se le pudo administrar un vomitivo, que provocó la expulsión del contenido estomacal, donde abundaban las referidas bayas. A esta circunstancia debió la niña su salvación, y sin embargo, no pudo escapar á los efectos generales del tósigo, en forma de convulsiones eclámpsicas, que llegaron á temer seriamente por su vida. Este hecho se presentó á las tres ó cuatro horas de la ingestión y después del vómito, es decir, cuando ya nada ó muy poco había en el saco estomacal; duró próximamente media hora y desapareció para no presentarse más, quedando la niña completamente restablecida. A todo esto, el Dr. Augé había logrado mejorar un tanto la desesperada situación del niño, que fué trasladado á su domicilio, quedando al cuidado del aludido médico. De él no supo más sino que durante las veinticuatro horas que aún vivió, no se repitieron los accesos convulsivos, la inteligencia se recobró un tanto, presentando en cambio una fuerte disnea *sin ocupación pulmonar*, y una extrema postración, cuyo término fué la muerte.

Por orden judicial practicáronse las autopsias de ambos cadáveres.

El del primer muchacho, ó sea el que murió pocas horas después de la ingestión del venenoso fruto, tenía el rostro cianótico y bastante espuma espesa y blanca que asomaba por la nariz. Diseminadas por el cuerpo pintábanse algunas manchas de cianosis, no solamente en las partes declives, en cuyo caso no tienen otra importancia que la de signo cadavérico, sino diseminadas *ad libitum* por todo el resto de la piel. Las meninges cerebrales y la substancia gris del cerebro estaban intensamente congestionadas, marcándose menos en la substancia blanca. La sangre contenida en los vasos cerebrales era negra y muy fluída. Los pulmones solo ofrecían congestiones hipostáticas. Corazón y grandes vasos completamente exangües; ni siquiera el más pequeño coágulo. El estómago abultado por gases, contenía en su interior muchas bayas, y su gran corvadura había adquirido un color violado hermoso, que no desapareció con el lavado, debido á la materia colorante de las moras. Los intestinos delgados un tanto rojos, contenían también algunas bayas, y su mucosa estaba á trechos salpicada de manchas violeta-negruzcas por la acción de la repetida materia colorante. Los demás órganos nada ofrecían, macroscópicamente, de particular.

El segundo cadáver presentaba los signos de una rápida descomposición. El rostro intensamente lívido; la lengua blanca, en plena descomposición y el vientre abultado y uniformemente teñido de verde sucio. Como en el primer cadáver, había también manchas cianóticas diseminadas por toda la piel, especialmente en las partes declives.

Intensa congestión en las meninges y substancia gris del cerebro y médula oblongada, marcándose menos en la substancia blanca. La masa cerebral estaba convertida en una verdadera papilla, efecto de la descomposición cadavérica. Ambos pulmones estaban ligeramente congestionados, especialmente en la parte postero-inferior. Corazón y grandes vasos llenos de sangre fluída, casi negra, y en la que nadaban algunos pequeños coágulos blanduchos y de escasa consistencia. El tubo digestivo estaba en su totalidad dilatado por gases y algo hiperemiado. El estómago sólo contenía cierta cantidad de líquido amarillento y algunos coágulos de leche; su fondo ó corvadura mayor, pintada de hermoso color violáceo, que no desaparecía

con el lavado. Los intestinos un tanto hiperemiados. No se halló ninguna baya en todo el tramo gastro-intestinal. Riñones congestionados. Nada de particular en el resto del cuerpo.

El día 3 de julio de 1900, dos niños de cinco y seis años respectivamente, salieron del pueblo con intención de comer moras, y como no estuvieran maduras las de zarza, se atracaron de las del *Coriaria* (variedad del zumaque, *roldó*). Una hora escasa de haber salido de su casa, regresó el más pequeño, que tuvo vómitos, expulsando unas materias rojas como sangre, según expresión de su madre. El muchacho estaba tranquilo y sin fenómenos generales; administrósele polvos de ipecacuana que acabaron de vaciar el estómago, y sin embargo, al cabo de una hora tuvo ligeras convulsiones y sopor que desaparecieron pronto, quedando el muchacho completamente bien.

Su compañero ya no pudo regresar á casa por su propio pié. Por el camino tuvo vómitos que expulsaron casi todo el contenido estomacal, á pesar de lo cual fué preso casi acto seguido de convulsiones clónicas y pérdida del conocimiento. En tal estado se le condujo á su domicilio.

En el momento de su primera visita, está sumido en profundo coma, interrumpido sólo por algunas náuseas sin vómito. De pronto se queda todo su cuerpo rígido, envarado de tal modo que la flexión de los brazos y piernas se hace totalmente imposible (convulsión tónica): este estado dura solo breves momentos, siendo sustituído por convulsiones clónicas qué empezando en los párpados se comunican sucesivamente á los globos oculares (tendencia al estrabismo convergente que acaba por marcarse mucho al final del acceso), músculos de la cara, mandíbula, lengua (mordeduras que dan un tinte sanguinolento á la espuma que sale de la boca), y por fin, el tronco y extremidades. El rostro se enrojece en un principio, vuélvese luego cianótico y por fin lívido. Después de unos dos minutos reaparece la calma y el enfermo queda en profundo coma. Se trata, pues, de un verdadero acceso de eclampsia que después se va reproduciendo á intervalos relativamente cortos.

Las pupilas están constantemente dilatadas, un poco más la izquierda que la derecha y apenas reaccionan á la luz. Hay anuria completa. A pesar de todo, el pulso y la respiración se mantienen normales.

Siendo imposible la administración de medicamentos por la boca, se le inyecta debajo de la piel un centígramo de apomorfina, para provocar el vómito, consiguiendo solo algunas náuseas sin expulsión de materias. Se procura reaccionarle por todos los medios (sinapismos, etc.). A la media hora, inyección debajo de la piel del abdomen, de 120 gramos de suero artificial Hayem y lavado del estómago con el tubo de Faucher, cuya introducción en el esófago provoca la explosión de un nuevo acceso convulsivo; cesado el ataque, la introducción de la sonda se hace con bastante facilidad. El agua del lavado vuelve á salir ligeramente teñida de amarillo. No sale ninguna materia extraña, siendo de notar la ausencia completa de las bayas venenosas. Hay que notar también la completa insensibilidad cutánea del enfermo, pues la inyección del suero no fué notada por él. Como alimentación, leche, y cuanto á medicación interna, una poción antiespasmódica.

Tres horas después siguen las convulsiones. Se le da un baño general tibio, que se repite una hora después, apareciendo una calma notable. Siete

horas más tarde no se han repetido los accesos, pero sigue el coma, aunque menos acentuado.

Durante la noche, que transcurre tranquila, se presenta la micción. La pupila se contrae hasta normalizarse. Reaparecen las facultades mentales. A la mañana siguiente el cuadro está completamente cambiado. La mejoría es tan notable que apenas queda resto de la intoxicación. No ha quedado ninguna perturbación mental ni nerviosa.

«Ahora bien, dice el Dr. Xalabarder, por de pronto tenemos una planta (*coriaria myrtifolia*, vulgo *roldó*), muy extendida en nuestra comarca, cuyo fruto es altamente tóxico, pero por desgracia muy poco estudiado. Contados son los autores que de ella se ocupan en el concepto de veneno, y solo podemos citar, gracias á la amabilidad de nuestro distinguido maestro el doctor D. Ignacio Valentí y Vivó, que nos ha proporcionado algunos datos bibliográficos, á Mayer de Bonn, Sauvages que relata dos casos (1739), Fee, Roux (dos casos más, 1829), y Peschier, citados en la obra de Christison, 4.ª edición (Edinburgo, 1845).

La acción sobre las vías digestivas parece ser poco importante. Por lo que se desprende de las dos autopsias mencionadas no pasa de una ligera irritación, y si bien provoca vómitos, más bien nos parecen efecto de la acción tóxica de las bayas sobre el sistema nervioso, que por ataque directo á la mucosa digestiva. Esta hipótesis viene apoyada por lo ocurrido en los intoxicados que curaron. Por lo regular, los venenos irritantes del tubo digestivo, cuando no determinan la muerte, suelen dejar tras sí una secuela de perturbaciones de dicho aparato, que dura más á menos tiempo, y ya se ha visto que en los casos afortunados el veneno no dejó en él rastro alguno de su paso.

Como quiera que sea, lo más importante es lo que pasa en los centros nerviosos. La substancia gris del cerebro es la preferentemente atacada, como lo demuestran los fenómenos clínicos y lo confirman las autopsias. Y aquí hay que notar un hecho digno de atención: de las dos defunciones historiadas, la primera ocurrió cuando aún no habían transcurrido dos horas de la ingestión del tósigo y la muerte fué el punto final del período convulsivo.

En el segundo caso se lograron dominar las convulsiones, *que ya no volvieron á reaparecer*, ofreciendo en cambio una marcada opresión respiratoria, sin que en el árbol áereo hubiera dificultad física ninguna. ¿Qué había sucedido? Recuérdese que las dos autopsias, especialmente la primera, revelaron una marcada fluidez y coloración negra del líquido sanguíneo. Parece, pues, lógico suponer que el veneno al obrar sobre el glóbulo rojo, altera profundamente su estructura, haciéndole perder su facultad de fijar el oxígeno, lo cual explicaría la fluidez de la sangre, su color negro por sobrecargo de ácido carbónico y la disnea que presentó el segundo enfermo; y he aquí cómo la acción tóxica de la planta en cuestión resulta más compleja de lo que en un principio parecía.

Podría, no obstante, suponerse que la disnea es efecto de la acción del veneno sobre los centros vulvares ó sobre éstos y la sangre á la vez. Pero creo más en la acción traumática que en la bulbar, por la ausencia de perturbaciones dependientes del bulbo en los intoxicados que se salvaron».

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 16 *de Abril de* 1901.

Nota sobre el lavado antiséptico de la ropa. — El *Dr. Delorme* describió el método más conveniente para el lavado antiséptico de la ropa, procedente de un hospital, por ejemplo. Se necesitan varios aparatos especiales, cuya instalación exige poco espacio. En el primero, cuba de lejía, la ropa es sometida *en caliente* á la acción de una disolución concentrada de bicarbonato de sosa. En el segundo, la ropa es lavada y desinfectada. Este aparato se compone de dos cilindros de hierro galvanizado ó de cobre, que dejan entre sí cierto intervalo, á los que un mecanismo especial comunica automáticamente un movimiento de rotación alterno muy lento. El cilindro interior está provisto de orificios; una puerta da acceso á los cilindros. Tubos provistos de llaves permiten introducir á voluntad, en dichos cilindros, agua fría, agua jabonosa y vapor bajo presión y vaciar su contenido.

El modo de funcionar este aparato es sencillo. Lleno de agua sucia y de agua fría, se le pone en marcha por espacio de cinco minutos, durante los cuales la ropa cambia continuamente de posición. A los cinco minutos se da salida al agua sucia y se introducen simultáneamente agua calentada por el vapor y vapor bajo presión de 120°. Al cuarto de hora poco más ó menos, y sin vaciar el cilindro, se introduce una disolución concentrada de jabón y más vapor. A la media hora están terminados el lavado y la desinfección. Se da salida al agua jabonosa, cargada con todas las impurezas de la ropa y se sustituye por agua fría y un chorro de vapor. Para terminar la operación se vacía el aparato y se da entrada á más agua fría. Sólo queda exprimir la ropa y secarla por medio del aire caliente.

La ropa lavada de este modo, queda completamente limpia de toda impureza.

Historia del tratamiento de la clorosis por las sales de cobre. — El doctor Liégeois: Hace treinta y nueve años un médico italiano, Mendini, aconsejó en la clorosis una sal de cobre, el sulfato cúprico amoniacal á la dosis de 16 á 32 centígramos en 2 píldoras que debían tomarse en veinticuatro horas. Mendini obtuvo con este tratamiento éxitos notables en muchos casos de amenorrea y en clorosis rebeldes á otros medios.

En 1887, sin tener noticia del trabajo de Mendini, la casualidad me hizo conocer los efectos benéficos del aceto-fosfato cúprico en la clorosis:

Acetato neutro de cobre....	1 centíg. (5 milígr. en los jóvenes de 6 á 12 años).
Fosfato de sosa.....	5 —
Polvo de regaliz y glicerina..	c. s.

Para una píldora plateada.

Principié empleando esta medicación, que fué eficaz, en jóvenes que su-

puse padecían tuberculosis incipiente. Pero como el examen bacteriológico de los esputos no permitió descubrir el bacilo de Koch, comprendí bien pronto que el aceto-fosfato cúprico era eficaz, sí, pero sólo en la clorosis, sobre todo en la linfatico-escrofulosa.

En 1892, un médico norte-americano, el Dr. H. Hare, de Filadelfia, publicó los resultados obtenidos con el arsenito de cobre en las anemias de causa funcional. Bajo la influencia de este medicamento desaparecen los trastornos digestivos, los tegumentos recobran su color normal y la nutrición mejora con rapidez. Consideró el arsenito de cobre como un tónico útil para las mucosas, para la nutrición general y para la sangre.

Los Dres. Scarpinato y Mercadante, han empleado en varias personas anémicas el cupro-hémol, precipitado insoluble que resulta de la combinación de la hemoglobina con una sal cúprica añadida á la sangre fresca en proporciones que ignoro. El cupro-hémol lo fabrica Merck y puede administrarse á la dosis de 10 á 50 centígramos tres veces por día.

Scarpinato, que ha observado aumento del número de los glóbulos rojos en los animales sometidos al cupro-hémol, considera esta sal orgánica de cobre como más hematógena que otra inorgánica, el sulfato, por ejemplo. Mercadante, que ha experimentado el hémol sólo, es decir, el cuerpo pulverulento que queda después de separar el metal, cree que no está dotado de acción muy eficaz; no niega las propiedades hematógenas de los hémoles metálicos, pero, en el caso de que se trata, los atribuye casi exclusivamente al cobre que entra en la molécula de hémol; aunque reconoce que los hémoles de los metales pesados regeneran la hemoglobina y aumentan paralelamente el número de hematíes en las anemias por disminución de los glóbulos rojos, advierte que las sales inorgánicas de estos metales producen resultados idénticos «quizá en menos tiempo».

En el año actual, el Dr. V. Gindiceandrea, médico de los hospitales de Roma, ha tratado 18 casos de clorosis por el acetato cúprico que administró en forma pilular á la dosis de 5 milígramos, dosis que aumentó gradualmente hasta 5 centígramos por día. Jamás ha observado intolerancia, que evita precisamente alternando la medicación marcial con la cúprica, y cuando el hierro es mal tolerado, recurre desde luego al acetato cúprico. Ha conseguido siempre mejorar el estado general, aumentar la proporción de hemoglobina y el número de glóbulos rojos. No atribuye importancia alguna á la albuminuria pasajera insignificante, que ha observado en tres casos á causa de un tratamiento prolongado con la sal cúprica.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesiones de los días 17 *y* 24 *de Abril de* 1901.

Sección del nervio radial, curación.—El Dr. Sieur: He observado un caso de sección del nervio radial consecutiva á una coz, en que los fenómenos de parálisis estaban tan perfectamente limitados como en los casos de sección por instrumento cortante. El herido entró en el hospital cuatro días después

del accidente con pérdida de la sensibilidad y con una parálisis completa de los músculos extensores de los dedos y supinador largo, accidentes que persistieron al cabo de dos meses, á pesar del amasamiento y del empleo de la electricidad; á los cuatro meses se notaba una atrofia muscular considerable. En vista del estado del enfermo, me decidí á operarle; puse el nervio radial al descubierto y ví que en el sitio del traumatismo estaba muy disminuído de volumen; no estaba seccionado, pero las fibras nerviosas estaban magulladas y á la palpación el cordón nervioso era blando. Después de haber aislado este nervio, suturé la herida que curó por primera intención, y seis meses después se observó una mejoría notable; sin embargo, la extensión de los dedos era todavía difícil, pero tanto la motilidad como la sensibilidad, llegaron á recobrarse al año siguiente.

Resección en un caso de fractura conminuta.—El Dr. Nélaton: Nos ha comunicado el Dr. Sabouriaud esta observación referente á un enfermo que se cayó y se hizo una fractura conminuta de los huesos de la pierna con herida de la articulación tibio-tarsiana; un fragmento de la tibia había perforado la piel y á pesar de una desinfección local, no pudo evitarse la supuración y el pié tomó el aspecto elefantiásico. Entonces nuestro colega practicó la resección de 10 centímetros de tibia y de peroné y vació el astrágalo, colocando después el miembro en un aparato inamovible; tres meses después el pié estaba sólidamente soldado á los huesos de la pierna, y al cabo de nueve meses era capaz de subir cincuenta pisos en un mismo día, llevando un aparato con férulas laterales. Este caso habla en favor de la cirugía conservadora que en ciertos casos siempre debe ser empleada. Es de notar, sin embargo, que el operado no ha podido caminar hasta los trece meses y que á menudo tiene que renovar su aparato. Por lo tanto, no creo que deba preconizarse más que hasta cierto punto esta práctica, sobre todo, si se la compara con la amputación de efectos rápidos.

Resección del ganglio de Gasser por neuralgia facial.—El Dr. G. Marchant: Esta resección ha sido practicada por el Dr. Bouglé en un enfermo que padecía una neuralgia facial que no había cedido á numerosas medicaciones, ni á la ablación de muchos dientes. La operación fué practicada por la vía temporo-esfenoidal, y se pudo extirpar la totalidad del ganglio; las consecuencias operatorias fueron buenas, excepto la ulceración de la córnea con hipopión, accidentes que desaparecieron al cabo de algunos meses. En la última discusión que aquí se ha sostenido, acerca de este asunto, se ha aconsejado no acudir á esta operación sino después de haber intentado todas las medicaciones y las intervenciones extracraneales. Tal fué entonces también mi opinión; pero después de dicha época, he visto dos enfermos en que han fracasado dichos medios, y hubo necesidad de hacer la resección del ganglio de Gasser. Por lo tanto, no sería de extrañar que aquella línea de conducta no sea la que deba aconsejarse en lo futuro.

De los reflejos pielo-vesical y uretero-vesical.—El Dr. Bazy: Aunque algunas veces es fácil afirmar la existencia de una cistitis cuando se observan síntomas inflamatorios, otras veces se queda en la duda cuando existe una lesión concomitante del riñón. La palpación bimanual puede suministrar indudablemente algunos datos, pero son inconstantes; lo mismo puede decirse del reflejo pielo-vesical que es raro y que puede provocarse, compri-

miendo el abdomen un poco por fuera de la línea media. Más valor tiene otro reflejo, sobre todo en la mujer, en la cual es más frecuente que en el hombre y más fácil de determinar: el reflejo uretero-vesical. Explorando la vejiga por el tacto vaginal, si se provoca un dolor en el punto que corresponde á la embocadura del ureter, se puede afirmar que, además de la cistitis, el riñón toma parte en el proceso, y al contrario, cuando dicho dolor no se provoca, es señal de que sólo está enferma la vejiga.

De la anestesia por la inyección intra-raquidiana de cocaína.—El Dr. Tuffier: Hace dieciocho meses que continúo experimentando este método de anestesia general, preconizado por Cornille y vulgarizado por Bier, en unos 400 enfermos. Me sirvo de una aguja de bisel corto y hago la punción por encima del espacio sacro-lumbar; me parece preferible la solución al 2 por 100 para no tener que inyectar una gran cantidad. La inyección ha de hacerse con mucha lentitud; la analgesia comienza por las extremidades inferiores y por los órganos genitales. Los dos principales inconvenientes de esta anestesia son: provocar algunas veces vómitos y cefalalgia. Hasta nuestros días no se ha señalado ninguna lesión ulterior. En cuanto á la mortalidad durante la operación, no se ha observado ningún caso; las ocho muertes post-operatorias mencionadas por Reclus, no son imputables á la anestesia, según se desprende de la atenta lectura de las observaciones.

El Dr. Chaput: Siguiendo la técnica de Tuffier, he practicado 57 inyecciones lumbares sirviéndome de la solución de cocaína al 1 por 100. De 51 observaciones he tenido 35 anestesias perfectas, 11 bastante buenas y 5 nulas, en las que me he visto obligado á recurrir al cloroformo. A la dosis de 1 centímetro ó 1 $^1/_2$ centímetros cúbicos, la anestesia ha sido siempre completa hasta el ombligo; á la dosis de 2 $^1/_2$ centímetros cúbicos ha traspasado esta región, y creo que permitiría, por su extensión, operaciones en los miembros superiores. De 48 enfermos, he observado vómitos en 20 durante la operación, con aceleración del pulso, y como fenómenos tardíos, elevación de temperatura, vómitos en 9 casos de 40 y cefalalgia que puede persistir algunos días con cierta intensidad. De mi experiencia personal puedo deducir las siguientes conclusiones: 1.ª La anestesia lumbar es preferible á la general en los viejos, caquécticos, pulmonales, en las enfermedades viscerales y las operaciones sobre el pulmón; 2.ª, merced á la falta de shock y de reacciones sobre el pulmón y riñones, es superior á la anestesia general para la inmensa mayoría de operaciones infraxifoideas en el hombre y en las mujeres animosas y tranquilas; 3.ª, me parece menos satisfactoria que la anestesia general en gran número de mujeres jóvenes y nerviosas; 4.ª, está contraindicada en los niños, los sujetos muy nerviosos y en las laparotomías difíciles; y 5.ª, para las operaciones supraxifoideas parece menos ventajosa que la anestesia general (dosis elevadas, anestesia tardía, de poca duración é infiel).

Herida perforante del corazón; sutura del ventrículo derecho. — El Dr. Mignon: Este caso lo he observado en un individuo que, en el curso de una pneumonía grippal, había intentado suicidarse hundiéndose un cuchillo en la región cardíaca. En esta región había cuatro heridas pequeñas, de las cuales sólo había una perforante. Después de haber hecho una resección costal, incindí el pericardio, que le encontré lleno de sangre y de coágulos, y ví una perforación del ventrículo derecho. Acercando cuanto fué posible el co-

razón á la pared torácica, hice una sutura y desagüé el pericardio. A consecuencia de la descompresión cardíaca, el herido mejoró, pero por muy poco tiempo, puesto que sucumbió al cabo de una hora, casi con seguridad por su pulmonía, puesto que en la autopsia nada de particular se observó por parte del corazón.

Tratamiento de la ectopia testicular.— El Dr. Félizet: La orquidopexia es cuando menos una operación inútil. El testículo en ectopia inguinal es un órgano degenerado y estéril, el cual no recobra su función por fijarlo 5 centímetros más bajo. En mi sentir, la intervención más racional es la castración, puesto que el testículo ectopiado puede convertirse en una fuente de peligros por estrangularse, inflamarse ó sufrir la degeneración maligna.

Estrabotomía para-esclerótica. — El Dr. Chauvel: Esta operación, preconizada por Delamare, el cual nos ha enviado 16 observaciones, consiste en la sección de los tendones de los músculos del ojo á 2 milímetros por fuera de su inserción en la esclerótica; parece que da resultados mucho mejores que la estrabotomía ordinaria.

Cuerpos extraños de la laringe. — El Dr. Peyrot: Tres observaciones de este género nos ha remitido el Dr. Moure (de Burdeos). En la primera se trató de una joven de veinte años que había aspirado una orquilla, la cual se fijó en el ventrículo de Morgagni izquierdo y pudo extraerse fácilmente con las pinzas; la enferma curó sin complicación. La segunda se refiere á una niña de cinco años que se introdujo en la laringe una especie de broche de corsé; en la imposibilidad de extraerlo por las vías naturales, se practicó la tirotomía media, la cual permitió coger el cuerpo extraño; se suturó el cartílago y se obtuvo la curación por primera intención. La tercera atañe á una mujer de cuarenta y cinco años que había aspirado un alfiler de cabeza gruesa y de 5 centímetros de largo, el cual se alojó en el bronquio izquierdo; la enferma tenía tos coqueluchoide, expectoración sanguinolenta y purulenta, síntomas de bronco-pneumonía al principio y sentía un pinchazo muy limpio en un punto fijo; iba á ser sometida la paciente á la radiografía cuando tuvo un violento acceso de tos y después dijo que sentía el alfiler en la laringe; practicada inmediatamente la exploración laríngea, permitió ésta descubrir y extraer el cuerpo extraño, obteniéndose la curación sin complicaciones.

De la sutura nerviosa.—El Dr. Reynier: Se trata de una sección accidental de la zona posterior del nervio radial á 5 centímetros por debajo del codo; los dos extremos sólo estaban separados 2 milímetros y la sutura fué fácil; la herida curó por primera intención, pero el enfermo no recobró el uso de su miembro; sólo al cabo de un año reaparecieron poco á poco las funciones motoras. El retardo en la reaparición de las funciones nerviosas creo que es debido á la imperfecta coaptación de las extremidades seccionadas, puesto que, cuando se trata de secciones de nervios gruesos, como el ciático poplíteo externo, la sutura precoz va seguida casi inmediatamente de la reaparición de los movimientos.

El Dr. Quenu: El momento de la reaparición de las funciones motoras del nervio suturado, me parece que se puede fijar para el nervio radial cuando menos al cuarto ó quinto mes.

El Dr. Routier: En un caso de resección del cubital, por neuroma dolo-

roso, las funciones del nervio no reaparecieron hasta al cabo de diez meses. En un caso de sección accidental de los nervios mediano y cubital, desaparecieron en seguida las alteraciones tróficas, apareció después la sensibilidad y, por último, la motilidad.

El Dr. Delbet: Así como después de la sutura nerviosa puede reaparecer inmediatamente la sensibilidad, sólo al cabo de muchas semanas ó meses no se restablece la motilidad.

De la resección diafisaria primitiva en las fracturas por arma de fuego. — El Dr. Delorme: La resección diafisaria es una operación que debe desaparecer del cuadro de nuestros métodos operatorios actuales. En una fractura por arma de fuego, todas las esquirlas adherentes deben conservarse, puesto que contribuyen poderosamente á la formación del callo, y las esquirlas libres pueden extraerse con una pinza. Gracias á simples apósitos antisépticos y con un poco de paciencia, se llegan á curar fracturas por arma de fuego que tratadas, como antes, por la resección primitiva, habrían provocado supuraciones interminables seguidas de pseudo-artrosis en último término.

El Dr. Chauvel: Participo por completo de la opinión del Dr. Delorme.

Codina Castellví.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 16 *de Abril de* 1901.

Un caso de cirrosis biliar infantil anictérica.—El Dr. P. Lereboullet: Un joven de dieciséis años padeció cirrosis biliar, según probaron las lesiones encontradas en la autopsia, cirrosis que no fué acompañada de ictericia apreciable clínicamente y apenas de colerina. Esta se dió á conocer por algunos signos clínicos (prurito, somnolencia, hemorragias). La cirrosis iba acompañada de hipertrofia considerable del hígado y del bazo, sin ascitis, pero con circulación venosa notable, prueba de la hipertensión en la porta, que explica en parte las hemorragias gastro-intestinales abundantes que tuvo este enfermo. La afección hepática produjo la suspensión del desarrollo; el enfermo dejó de crecer desde el principio de su padecimiento, es decir desde los doce años. Tenía síntomas del aparato respiratorio que podían hacer sospechar la tuberculosis, y murió con ascitis ligera debida á una pileflebitis terminal. La autopsia probó que no existía tuberculosis, pero sí lesiones hepáticas y esplénica y adenomegalia considerable, más cierto grado de hipertrofia de los riñones y del páncreas. El examen histológico reveló lesiones de cirrosis biliar evidentes. Este caso de cirrosis biliar anictérico se asemeja á los de angiocolitis anictérica descritos por Gilbert y Lereboullet.

Criptorquidia y tratamiento tiroideo. — El *Dr. Appert* refiere los tres casos siguientes:

1.° *Criptorquidia y obesidad en un joven de quince años; tratamiento tiroideo; curación.*—Este joven con todo el aspecto de un eunuco no padecía criptorquidia abdominal, porque sus testículos se hallaban retenidos más ó menos

arriba en los trayectos inguinales. Se empleó al interior el cuerpo tiriodeo; los testículos descendieron al mes de tratamiento, y á los pocos meses este individuo había experimentado una transformación general grandísima.

2.° *Infantilismo; tratamiento tiroideo; curación.* — En este caso se trataba de un joven de dieciocho años no criptorquídico ni obeso, que conservaba el aspecto y carácter infantil y que representaba cuando más quince años. Después de tres meses de tratamiento tiroideo, su estado se transformó desde el punto de vista del desarrollo físico y del intelectual.

3.° *Infantilismo atribuido á un origen tiroideo.*—Este enfermo se desarrolló bien hasta los ocho años; á esta edad tuvo una bronquitis, á causa de la cual su desarrollo se contavo definitivamente, y quedó en estado de infantilismo hasta su muerte, ocurrida á los veintidos años á consecuencia de tuberculosis pulmonar. A la autopsia se vió que el cuerpo tiroides estaba poco desarrollado, pero sin alteración micróscopica notable; los testículos eran idénticos á los de un niño; el cuerpo pituitario y las cápsulas supra-renales eran normales.

Este caso prueba que el cuerpo tiroides no es el único que interviene en la patogenia del infantilismo. Los dos anteriores prueban la benéfica influencia del tratamiento tiroideo en los accidentes distróficos de origen criptorquídico, y el primero demuestra que en caso de criptorquida debe ensayarse este tratamiento antes de recurrir á la cirugía.

Algunos puntos del tratamiento de la ectopia testicular, en particular de la abdominal. — El *Dr. Coudray* refirió dos casos relativos al método antiguo de descenso incruento sin fijación del testículo al fondo del escroto. En el primero la ectopia era ilíaca y bilateral y el enfermo tenía once años. El resultado fué excelente. En otro niño de doce años con ectopia inguinal elevada, el resultado no fué tan satisfactorio; hubo indicios de hidrocele del conducto vagino-peritoneal. En un joven de quince años con ectopia ilíaca intraparietal fija y complicada de accidentes dolorosísimos, fué imposible hacer descender el testículo por una operación cruenta á causa de lo corto del conducto deferente y de los vasos espermáticos. Estas observaciones demuestran la necesidad de las intervenciones precoces por maniobras cruentas ó incruentas. En ninguno de estos casos hubo hernia concomitante.

F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 3 de Abril de 1901.

Inyección intravenosa salina en la eclampsia puerperal. — El *Dr. E. W. H. Groves* narró los casos siguientes: 1.° Primípara de veintidos años. Inmediatamente después del parto, que fué fácil, se presentaron convulsiones eclámpsicas y coma que aumentaron de intensidad durante doce horas. Inyección intravenosa de 3000 gramos de la disolución salina normal caliente. Mejoría rápida. El coma y los ataques cesaron á las tres horas y media de la inyección. Diuresis treinta horas después; curación. 2.° Secundípara de veintiún años. Convulsiones y coma al principio del parto de término. En pocas

horas tuvo esta enferma veintiséis ataques. Inyección intravenosa de 2000 gramos de la disolución salina normal caliente. La criatura nació poco después y murió casi al momento. La frecuencia de las convulsiones fué disminuyendo hasta desaparecer á las cuarenta y ocho horas de la inyección. Hubo manía transitoria durante dos días, pero la enferma curó completamente. La inyección salina se ha empleado en cuarenta y siete casos de eclampsia puerperal y la mortalidad se eleva á 12'7 por 100. La eclampsia es de naturaleza tóxica y su lesión esencial consiste en trombos capilares microscópicos con infartos hemorrágicos rodeados de tejido necrosado. Estas lesiones se observan en el cerebro, el hígado, el riñón, los pulmones, el bazo, etc. Las toxinas que producen la eclampsia pueden proceder de la placenta, del feto y del aparato digestivo. El período pre-eclámpsico de la enfermedad es debido á la presencia de las toxinas en la sangre. Las convulsiones y el coma dependen de la coagulación de la sangre y de los trombos capilares múltiples que producen dichas toxinas. Las disoluciones salinas obran evitando la formación de los trombos capilares y disolviendo los formados, más que por sus efectos diuréticos, puesto que la diuresis se produce cuando han cesado ya las convulsiones. El hecho de que las inyecciones de gelatina hayan producido en ciertos casos síntomas de anuria y uremia con trombosis múltiples, hace suponer que estas afecciones sean debidas al aumento morboso de la coagulabilidad de la sangre.

El *Dr. H. Spencer* dijo que había empleado la inyección intravenosa salina en dos casos, y aunque curaron no atribuye el resultado á la medicación empleada. La mortalidad de la eclampsia es muy variable. Antes del tratamiento por la morfina hubo series de casos felices y después varios fatales. Cree que la morfina es preferible al cloroformo, cloral, bromuros, etc., pero dicho tratamiento no es eficaz siempre. Con la morfina disminuyen los ataques mejor que con todos los demás tratamientos, y disminuyendo los ataques es menor la probabilidad de hemorragias cerebral ó hepática. Conviene advertir que la morfina no está exenta por completo de peligro. En una mujer que tenía edema grandísimo de las piernas hizo en ellas varias incisiones con objeto de favorecer la eliminación del veneno, y como la enferma curó, cree que son convenientes las incisiones referidas. Respecto á las inyecciones salinas, las ha ensayado sin éxito hace doce ó catorce años. El Dr. Groves ha comparado la mortalidad de los casos tratados por las inyecciones salinas con la de los casos tratados por otros métodos. Al parecer los resultados de las inyecciones son mejores, pero debe tenerse en cuenta que en los casos modernos se ha suprimido en gran parte la septicemia, á la que pueden atribuirse bastantes muertes en las estadísticas antiguas. Dice el Dr. Groves que la mortalidad en los casos no tratados por las inyecciones salinas ha excedido siempre de 20 por 100. No es exacta esta afirmación, porque Edinger ha publicado una estadística de 26 casos observados en la Clínica de enfermedades de mujeres de Kiel en los que, á pesar de no emplearse las inyecciones salinas, la mortalidad fué de 11 por 100. Cuando se emplean dichas inyecciones deben adoptarse las precauciones antisépticas más estrictas y no inyectarse grandes cantidades de líquido, porque se han observado casos de gangrena local y hasta de septicemia á consecuencia de la inyección salina.

El *Dr. G. E. Herman* manifestó que no cree en la superioridad del tratamiento por la inyección salina. Veit, en sus lecciones, aconseja tratar la eclampsia por la morfina, y cita 60 casos tratados así, con sólo 2 muertes. Charpentier recomienda el cloral, y ha formado una estadística de 239 casos, en los que la mortalidad fué de 4 por 100. Se dice que en la eclampsia la coagulabilidad de la sangre está aumentada; pero este hecho no se ha demostrado de un modo fehaciente. No concede gran importancia al estado morboso del cerebro. Las hemorragias miliares descritas por el Dr. Groves son, quizá, simplemente equimosis como las que se observan debajo de la piel, en la pleura y en otros puntos, y dependen de la tremenda congestión venosa que existe durante el ataque. La hemorragia cerebral abundante es tan rara, que no puede considerarse como parte integrante de la enfermedad. Cree que los casos de hemorragia del cerebro, observados en la eclampsia, son debidos á lesiones renales y á degeneraciones vasculares concomitantes que predisponen á dicha hemorragia. La mujer embarazada que padece una afección renal se halla mucho más predispuesta á la eclampsia que la que tiene los riñones sanos. El Dr. Groves llama á la enfermedad renal crónica de las mujeres embarazadas «período pre-eclámpsico»; pero el Dr. Herman cree que el nombre es impropio, porque sólo se observa una vez en cada cinco casos. El estado morboso esencial de la eclampsia es la degeneración aguda de las células de las glándulas más importantes, como el hígado y los riñones; las hemorragias son simples accidentes y resultado de los ataques.

El *Dr. W. S. A. Griffith* dijo que la eclampsia debe estudiarse en un sentido mucho más lato que hoy se hace, empezando por los casos en que la albuminuria y la hidropesía ligeras son los únicos síntomas apreciables, hasta los más graves, en los que la salud y hasta la vida del enfermo corren graves riesgos. Este método es de mayor utilidad para el práctico, porque conduce á un tratamiento más racional y activo. Los casos de eclampsia y de placenta previa son, en cierto modo, semejantes. Producen gran alarma, y los métodos terapéuticos que se emplean son á veces peligrosos. En la eclampsia el parto forzado, la morfina, la pilocarpina y la septicemia, han producido víctimas que tal vez hubieran salvado la vida con métodos menos enérgicos. El método aconsejado por el Dr. Groves es completamente innecesario, excepto en algunos casos especiales; pero en éstos es, al parecer, eficacísimo, porque permite prolongar la vida hasta que el riñón y otros órganos recuperan sus funciones.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesiones de los días 13 *y* 20 *de Marzo de* 1901.

Reformas en la enseñanza.—La Sociedad, después del informe emitido por el Dr. Kossmann y de una animada discusión en que tomaron parte entre otros señores los Dres. B. Frankel, Paerkowski, Ewald, Neumann (de Potsdam), Koenig y Lilienfeld, adoptó por gran mayoría la siguiente conclusión que había sido propuesta por una Comisión constituída por los Dres. Fur-

bringer, Hahn, Kachler, Kossmann, Remter, H. Schlesinger y Stadelmann.

«La Sociedad de Medicina de Berlín, juzga necesario que el diploma de bachiller de un Instituto de segunda enseñanza, continúe siendo requisito indispensable para la admisión en los exámenes de la Facultad de Medicina».

Dado el carácter principalmente científico de esta Sociedad, habrá de limitarse también á insistir en las razones de orden científico entre las muchas que pudieran aducirse á favor de su opinión. Ante todo debe llamar la atención sobre lo imprescindible que es el conocimiento de los idiomas latino y griego para el estudio de las fuentes del conocimiento médico y para la comprensión del tecnicismo de esta rama del saber humano. La Sociedad tiene, además, la convicción de que el consentir la admisión de alumnos menos preparados en los establecimientos clínicos, que ya en la actualidad son insuficientes para la enseñanza práctica, habría de perjudicar en alto grado á la cultura de los médicos del porvenir.

Un caso de doble personalidad.—El Dr. Gumpertz: Se distinguen dos casos de sonambulismo, el espontáneo y el hipnótico; este último coincide con el concepto de la hipnosis profunda, y no nos interesa para el estudio del caso que aquí presento; en cambio, el primero se divide en sonambulismo ordinario y sonambulismo histérico. El sonámbulo común ó noctámbulo, ejecuta actos inconscientes ó semiconscientes como resultado de ideas de ensueño. Sus actos son á veces perfectamente adecuados y nunca se salen de la esfera de los que ejecuta en estado de vigilia. Yo sé de un médico que en estado sonambúlico asistió á un parto grave, practicó la versión y la respiración artificial, y sin embargo, al día siguiente sólo se acordaba de que le habían llamado para un parto.

El sonambulismo histérico sucede por lo general á ataques convulsivos ó hipnóticos de naturaleza histérica, en los que el enfermo se entera del mundo exterior, pero ejecutando bajo la influencia de alucinaciones actos que nunca habría llevado á cabo en el estado de vigilia, y de los cuales no se acuerda en este estado, pero sí en el siguiente ataque de sonambulismo. Es más raro que el enfermo se presente en este último estado como una persona sana de la mente, pero distinta en su modo de ser anímico de la persona normal. Recordaré el caso de Félida, descrito por Azam, en que el segundo estado duraba semanas y hasta meses, sintiéndose entonces la interesada más alegre, sin dolor alguno y con mayor vivacidad. El estado sonambúlico terminaba con un corto sueño, y al despertar de éste la enferma no conservaba la menor noción de los pasados sucesos. En la mayoría de los casos, el segundo estado presenta en lo moral y en lo intelectual caracteres de inferioridad, comparándolo con el estado fisiológico. Recordaré el relato que hace Leopoldo Díe del asunto Ollard, donde se describe cómo un sujeto de buenas costumbres y de gran cultura intelectual y social llegó á saber, no por su memoria, sino por sus propias investigaciones, que andaba por las noches de taberna en taberna, y escribiendo obscenidades, acabando al fin por intentar el suicidio para acabar con el «otro». Recordaré también el caso del psicólogo G. Flournoy, autor de un extravagante libro titulado *De las Indias al planeta Marte*, y acerca del cual también ha dado cuenta Dessoir en la sesión de noviembre, de la Sociedad Psicológica, como una nueva for-

ma especial de alteración de conciencia. El caso se refiere á una señora de Ginebra que había tratado con espiritistas, y que presentaba estados en los cuales tan pronto estaba protegida por el espiritista Cagliostro como por la reina María Antonieta, como escribía parábolas en sanscripto, haciendo de princesa india, como construía un idioma de Marte ó de Ultramar, ó revelaba aptitudes no muy notables nigrománticas ó de adivinación, que Flournoy pretende explicar de un modo natural.

El caso que aquí presento se parece al de Flournoy. Se trata de una niña de nueve años y medio, hija de una madre algo nerviosa que está separada de su marido hace tiempo, y entre cuyos parientes remotos había habido algún caso de hemiplegia. La enferma siempre se mostró muy discreta en casa, pero en la escuela, por su torpeza y modo de ser atolondrado, sufría muchos castigos, que también le aplicaba la madre por la misma causa. Desde hace medio año próximamente, duerme á veces con los ojos abiertos. En enero último cayó enferma de alfombrilla, y por la misma época fué testigo y tomó parte en muchos experimentos de espiritismo. Desde mediados de febrero hay casos en que se cree ser una tía suya de treinta y ocho años de edad, llamando entonces á su madre hermana, aunque también la llama á veces «mamá» ó «amiga materna». Ahora bien, la tía que se figura ser, murió hace ocho años, y la enferma no la había conocido. En otras ocasiones cree ser otra tía que se murió en fecha más remota aún. Según refiere la madre, la enfermita se dedicó tanto á golpear en las mesas, que la madre las hizo destruir para quedar tranquila.

Yo examiné á esta enferma el 8 de marzo. Cuando se creía ser su tía Eduvigis, estaba extraordinariamente inquieta, hablaba con mucha rapidez y accionaba continuamente. Inducida por su madre á creerse lo que era en realidad, se conducía en el acto como una joven comedida y bien educada, y no recordaba nada de lo que había hecho antes. Así es que en un caso, después de haber estado cinco horas en el jardín zoológico, se quejaba de que ya no la sacaban nunca de paseo. Hipnotizada esta enferma, conseguía, con seguridad, hacerla pasar á su segundo estado, para lo cual bastaba sentarla en el sillón y cerrarla los ojos; en cambio, era mucho más difícil entonces hacerla volver á su estado normal. Sólo con promesas y bajo la condición de ceder algo á los deseos de la enferma, es como se podía conseguir que recobrara su estado normal, pero aun entonces siempre se despedía de su estado anterior. Si ningún recurso daba resultado, la amenazaba la madre con no dejarla entrar otra vez en caso de que no dejara en paz á la niña.

La enferma es de menor estatura de lo que corresponde á su edad, está pálida, tiene ganglios linfáticos infartados á causa de la escrofulosis, puntos nerviosos muy doloridos á la presión, se estremece fácilmente á todo ruído, y su campo visual presenta una gran reducción concéntrica. Las circunstancias del caso, excluyen la idea de un engaño intencional, tanto que la madre sufre grandes disgustos á causa del estado de su hija, y ésta, á su vez, siente mucho que su enfermedad haga sufrir á su madre. Por otra parte, dada la edad de la niña, no puede pensarse en una simulación tan refinada. En la escuela no se observa una alternación de personalidad, ni tampoco una revolución aguda en su modo de ser. Yo no he observado nada de

visión á distancia, ni de adivinación. En cambio, la madre pretende haber observado algo de este género y explica estas diferencias, suponiendo que la niña desconfía de mí.

En el caso actual, explico el desdoblamiento de la personalidad por el histerismo y la inferioridad psíquica de la niña. Como ésta, en la casa materna, tenía que ocuparse muy poco de sus juegos infantiles y mucho, en cambio, de los negocios de su madre, su carácter adquirió un sello impropio de su edad ; este modo de ser estaba en contraposición con el que encontraba la niña en la escuela á donde se iba á instruir. De esta manera, se fueron infiltrando ciertas ideas en la esfera subconsciente, y con los experimentos espiritistas, este caudal de ideas y nociones subconscientes adquirió un gran desarrollo, explicándose así que el desdoblamiento de personalidad que venía preparándose, acabara al fin por desarrollarse completamente.

El tratamiento debe tender á borrar de nuevo semejante disociación. El caso es también interesante, porque nos enseña á conocer un medium espiritista en estado naciente. Ante un tribunal, no se debería prestar crédito alguno al testimonio de esta enferma, dado que se ha demostrado en ella la existencia de ilusiones sensoriales. Sin embargo, el desdoblamiento de la personalidad no siempre conduce á un dualismo tan pronunciado ; generalmente, los síntomas histéricos no se los descubre más que cuando se los busca, y, en realidad, la cuestión de la responsabilidad de las mujeres reconocidamente histéricas, no se ha resuelto aún de un modo definitivo. Es posible que ciertas contradicciones en las declaraciones de un testigo ó de un acusado, se expliquen por disociaciones análogas de todo un conjunto de asociaciones de ideas.

Valor del régimen vegetal. — El Dr. Baelz (de Tokio) : Aunque el prejuicio contra el vegetarismo es justificado, sobre todo, dada la forma en que muchos de sus partidarios lo tratan de defender, no se puede proceder del mismo modo cuando se trata de hechos que se observan en pueblos enteros. Así, en el pueblo japonés, hay vegetarianos que lo son por costumbre y por necesidad, no por idea preconcebida. El japonés es demasiado práctico para no confesar que al hombre le conviene también el alimento animal, y, por lo tanto, los habitantes de las costas sólo se alimentan de vegetales mientras sus recursos no les consienten adquirir pescado. En el interior del país, el alimento animal desempeñó un papel muy secundario, hasta que se construyeron los ferrocarriles, porque era difícil el transporte del pescado y cara la adquisición de gallinas y huevos. En el Japón, es imposible la adopción del régimen lacto-vegetal, porque la vaca de aquel país no da nada de leche, y, por lo tanto, faltando también la manteca y el queso, la alimentación tiene que ser muy pobre en principios grasos. Resulta de esto, que millones de hombres se alimentan de vegetales, porque también el budismo así lo prescribe, si bien es cierto que la influencia religiosa sólo se manifiesta en los sacerdotes de algunas sectas, porque los de otras hasta permiten la carne. Por consiguiente, la alimentación de las muchedumbres en el Japón (y también en China y en la India), demuestra que el régimen vegetal, no sólo basta para sostener al organismo humano, sino también para conservar durante muchas generaciones á toda una raza humana en buen estado de salud y de vigor.

Los hechos referidos por Albu no son, por lo tanto, una novedad curiosa, sino la confirmación de una antigua verdad, que hasta ahora la ciencia no ha tenido en cuenta, por tratarse de hechos cuya comprobación y estudio no eran fáciles ni cómodos. En efecto, los cálculos de Voit se fundan exclusivamente en observaciones recogidas en Europa. Bajo la sugestión de estas doctrinas se pretendió hasta modificar la alimentación del ejército japonés.

Lo primero que llama la atención al europeo es la poca cantidad de principios albuminóideos y grasos que ingieren los japoneses, á pesar de lo cual están bien nutridos. De todos estos hechos deduzco, enfrente de la opinión de Keller y de otros defensores de las doctrinas de Voit: 1.°, que la grasa se puede formar á expensas de hidratos de carbono; 2.°, que las exigencias de la teoría de Voit exceden en un 20 á un 30 por 100 de lo que se necesita en realidad; y 3.°, que la alimentación vegetal del japonés basta aunque sea para realizar trabajos pesados.

Estas afirmaciones, que he sentado hace varios años y que se juzgaron como heréticas, tienen también importancia práctica, puesto que se trataba entonces de resolver si era necesario ó no adaptar el régimen del soldado japonés á las exigencias de las doctrinas de Voit. Ahora bien; mientras los demás autores juzgaban necesario este cambio, yo opiné y opino en sentido contrario, fundándome para ello en lo observado en millones de individuos, que vale mucho más que un corto número de ensayos hechos por poco tiempo en sujetos que estaban acostumbrados á otra clase de alimentos. Si la doctrina de Voit tuviera una base tan firme como se pretende, el pueblo japonés debiera haber degenerado hace tiempo, y es bien sabido que está muy lejos de haber llegado á este extremo.

Mis ideas han sido confirmadas por los recientes trabajos de Hirschfdeld, Kumagawa y otros, según los cuales, lo que debe guiarnos para apreciar el valor de un régimen alimenticio debe ser, no tanto las particularidades químioestáticas, como el punto de vista de la aptitud funcional del organismo. El régimen alimenticio que se venga usando debe examinarse si en las condiciones habituales es todavía capaz de proporcionar el mismo trabajo con igual facilidad y sin pérdida en el peso del cuerpo, fijándose en tal concepto en la sensación de bienestar ó malestar que sienta el sujeto en su estado de ánimo y en su deseo de trabajar. Ahora bien, sabemos que estas particularidades varían mucho según los individuos, y la observación personal de cada uno le enseña suficientemente la importancia que tiene esta «ecuación personal». El análisis químico no nos informa del esfuerzo y de las molestias con que se utilizan las calorías que proporciona un determinado régimen alimenticio. Bien sabido es que un régimen, con el que se encuentra perfectamente un sujeto determinado, no le sienta tan bien á otro, y que de dos personas completamente sanas, que comen la misma ración en condiciones completamente iguales, puede suceder que una de ellas se encuentra después ágil y vigorosa, y la otra débil y con poca aptitud para el trabajo. Esta última utilizó con mayor esfuerzo los principios alimenticios ingeridos; pero este mayor esfuerzo, de que se da cuenta el sujeto, no lo revela el análisis químico. Según esto, el problema que se discute tiene que resolverse no por la dinámica química, sino por la aptitud funcional fisiológica, que no se puede someter á fórmulas matemáticas determinadas.

A dos japoneses robustos, de veinte y veinticinco años de edad, respectivamente, y cuyo oficio es de porta-carros, les he hecho llevarme en un carro durante tres semanas, y á razón de 40 kilómetros diarios, siendo de advertir que peso 80 kilos y que el experimento se realizó en el mes de agosto y con un sol espléndido. La proporción de grasas de la alimentación era menos de la mitad de lo que exige Voit; la de principios albuminóideos era de un 60 á 80 por 100 de la que asigna dicho autor; en cambio, era mucho mayor, como ya se comprende, la de hidratos de carbono que se ingerían bajo la forma de castañas, raíces y otras legumbres usuales en el Japón. A los catorce días, uno de los sujetos tenía el mismo peso y otro había ganado media libra. Entonces sustituí con carne una parte de los hidratos de carbono, pero aunque los individuos la comían con gusto, me pidieron que se la suprimiese, y cuando se acabó el experimento se sentían cansados y ya no podían correr bien. En vista de esto, volví al antiguo régimen y se observó el mismo resultado que anteriormente. El trabajo colosal, que representaba el de varios caballos, se llevó á cabo durante veintiún días con una alimentación que, según las antiguas teorías, debia haber sido del todo insuficiente. Recordaré otro caso parecido en el que un sujeto, tirando de un carro, recorrió 110 kilómetros en catorce horas y media, siendo así que esa misma distancia, en un coche tirado por caballos, se recorrió en catorce horas, pero con seis cambios de tiro; todo ello con alimentación vegetal. Yo mismo, después de una abundante comida, constituída por vegetales, me encuentro en disposición de subir á una montaña; en cambio, si como á la europea, tengo que descansar. Todo esto está de acuerdo con lo que enseñan los fisiólogos de que la sobrealimentación produce á menudo un gran cansancio en las piernas, el cual es debido probablemente á que no se absorben ciertas substancias y á que éstas ejercen una influencia debilitante.

Los hechos referidos demuestran que aun con un régimen vegetal exclusivo, se puede desarrollar una gran aptitud funcional, caracterizada principalmente por su persistencia, de tal manera, que si la fuerza momentánea que acusa el dinamómetro, es quizás menor que con el régimen de carne, se sostiene, en cambio, por mucho más tiempo que con este último. Verdad es que la gran cantidad de alimentos que hay que ingerir con el régimen vegetal, constituye un inconveniente de este último, pero son elaborados convenientemente mediante una mayor energía en los movimientos, una circulación más activa, movimientos respiratorios más profundos, sobre todo cuando se come arroz, y la mayor absorción de oxígeno que necesariamente se habrá de producir. Haciendo mucho ejercicio y alimentándose con vegetales, se realiza mucho mayor trabajo que con una alimentación animal.

No pretendo que el régimen vegetal sea el único que se debe de usar, ni que todo el mundo pueda acostumbrarse á él de pronto. Yo mismo, después de tres días de régimen vegetal, perdí el apetito y tuve que volver al nitrogenado; pero más tarde, en una ocasión en que las lluvias me obligaron á permanecer varios días en un convento budista, tuve que adaptarme al uso exclusivo de vegetales. Hay sujetos que se acomodan á este régimen de un modo maravilloso. Así, á un marinero que fué condenado en Schanghai á cuarenta y nueve días de prisión y de trabajo forzado, le indujo un médico á que en todo ese tiempo no se alimentara con otra cosa que con papilla de

mijo, administrada en tres raciones diarias, con lo cual, no obstante conservarse con excelente aptitud para el trabajo, aumentó su peso en libra y media. Este ejemplo, aunque representa un caso extremo, demuestra el poder y adaptación de que gozan los órganos digestivos del hombre.

El japonés, acostumbrado al régimen vegetal, se adapta mejor á nuestra alimentación que nosotros á la suya. Así, á un japonés diabético lo sometí alternativamente al régimen vegetal y al nitrogenado, sin que se presentara síntoma de intoxicación con la acetona ni con ninguna otra substancia. Conviene saber que el arroz sólo entra en la alimentación de los japoneses bien acomodados; los de la clase menesterosa se alimentan con una mezcla de arroz y de cebada, con cebada pura, con trigo negro y, sobre todo, con el haba de soja, que contiene doble cantidad de albúmina que la mejor carne de vaca, no obstante costar la cuarta parte que ésta. Como también contiene un 20 por 100 de grasa, constituye un alimento ideal, si bien es cierto que hay que desposeerlo de su hollejo constituído por celulosa y preparar el haba en un estado que se preste bien á la absorción digestiva. El arroz tiene el gran inconveniente de que contiene poca cal, explicándose así la blandura que se observa en los huesos del japonés de las clases acomodadas y la facilidad con que estos sujetos tan demacrados contraen la neurastenia. En el Japón no hay raquitismo; en cambio, se observa en el límite interno de la caja torácica una deformación determinada, que es debida á un efecto mecánico.

En resumen, hay pueblos enteros que viven de vegetales, no obstante haberles dotado la naturaleza de condiciones para ser omnívoros, y es posible que con un régimen exclusivamente vegetal, sobre todo si está constituído por habas y por principios concentrados, puedan trabajar enérgicamente durante toda su vida, permanecer sanos y conservarse así á través de varias generaciones.—R. del Valle.

XIX CONGRESO ALEMÁN DE MEDICINA INTERNA

Celebrado en Berlín del 16 *al* 19 *de Abril de* 1901.

(Continuación)

Resultados del examen funcional del corazón. — El Dr. Smith, de Schloss Marbar: Importa mucho para la apreciación de la función cardíaca determinar los límites del corazón, y en especial cuando está dilatado éste. Todos los excitantes que provocan la dilatación cardíaca son nocivos, sobre todo para los que padecen del corazón. Conviene mucho, por lo tanto, examinar bien dichos límites en los sujetos que se dedican á deportes violentos, en los reclutas y en los que aseguran su vida. En ciertas formas de neurastenia, melancolía, hipocondría y estados de ansiedad y de opresión, descubrí como causa directa, ó como complicación que agravaba el mal, una dilatación cardíaca. Una vez vencida ésta, el trastorno nervioso funcional desaparecía por completo ó al menos se mejoraba de un modo considerable.

Mielitis aguda. — El Dr. Leyden, de Berlín: La mielitis aguda es la enfermedad de la médula espinal á que se presta más atención en los tiempos modernos, y si bien es cierto que en el siglo XIX ha adelantado muchísimo el conocimiento de esta enfermedad, es lo cierto que aún falta bastante para que pueda darse por acabada la investigación patológica. Como en realidad no son muy frecuentes las enfermedades de la médula, cada caso nuevo que se estudia de un modo acabado y completo, se interpreta de una manera algo diferente.

En las enfermedades agudas de la médula hay que distinguir el reblandecimiento, que es una forma intensa de la mielitis, y las afecciones mielógenas sin reblandecimiento; estos dos grupos deben constituir uno solo. La hematomielia, aunque distinta de las inflamaciones, tiene con ellas mucho parecido clínicamente. Entre las inflamaciones agudas hay que contar también la mielitis diseminada y la poliomielitis. Según esto, hay que distinguir la mielitis en foco ó transversal, la diseminada y la poliomielitis.

Existen además otros procesos cuya clasificación no siempre es fácil. Tales son las degeneraciones de origen caquécticò que producen síntomas análogos á los procesos mielíticos. La mielitis por compresión difiere en su anatomía patológica de la inflamatoria, pero en sus síntomas se le parece mucho, sobre todo cuando se desarrolla de un modo agudo, habiendo casos en que sólo la autopsia descubre la naturaleza de la enfermedad. El problema es menos difícil en los casos de lesión vertebral, pero aun en estos casos la afección se presenta al principio como una mielitis atípica. El diagnóstico diferencial es más difícil cuando la compresión radica en el interior del conducto vertebral, y sobre todo si se trata de tumores, caso tanto más de lamentar cuanto que el tratamiento difiere mucho según la lesión de que se trate.

La etiología de la mielitis ha progresado mucho desde que se sabe que siempre es infecciosa, con lo cual también se ha facilitado muchísimo el diagnóstico. El conocimiento de las neuritis múltiples es también un gran progreso, puesto que permite establecer un pronóstico bastante favorable en casos que antes se atribuían á una lesión medular.

En realidad, si se prescinde de la mielomeningitis, sólo en la poliomielitis se han encontrado cocos análogos á los de la meningitis cerebro-espinal. Según Courmont la paraplegia de origen rábico, es también debida á una infección directa de la médula.

En casos de endocarditis aguda he encontrado embolias bacterianas en la médula, y yo no dudo que pueden presentarse mielitis como enfermedades microbianas consecutivas á la difteria, la nefritis y la fiebre tifoidea. Más difícil me parece admitir su origen toxínico. De todos modos, se han observado casos graves de mielitis, después de muchas enfermedades infecciosas y en especial después de la grippe. Algunas mielitis grippales se curan, otras terminan por la muerte. En un caso en que ésta fué debida á la parálisis del bulbo, encontré infiltración hemorrágica y cierta cantidad de células y de granulaciones grasientas.

Se han observado mielitis hemorrágicas, después de la fiebre tifoidea, y también después de infecciones no tan graves. También he visto mielitis en casos de anemia, y se observan igualmente como consecuencia del embarazo y puerperio. Estos casos pueden terminar por la muerte, por la curación

ó por paso al estado crónico. En algunos de ellos, lo mismo que en uno de mielitis grippal, se observaba una transición entre la mielitis diseminada y la mielitis en foco.

En la etiología de la mielitis hay que distinguir el traumatismo y la infección. En el primer caso es natural pensar en una hemorragia de la médula, pero los síntomas se parecen á los de una lesión de origen infeccioso, lo cual no debe sorprendernos, recordando las pulmonías y las tuberculosis, cuyo desarrollo es provocado á veces por un traumatismo. También se observan casos de mielitis diseminada de origen infeccioso, como uno que refiere Westphal, que se desarrolló después de la viruela.

Por mi parte, observé uno que describí con el nombre de ataxia aguda, y que se refiere á un sujeto que había caído de un andamio. Posteriormente dividí la ataxia aguda en dos formas : cerebral y espinal.

Los demás factores etiológicos de la mielitis tienen mucha menor importancia. En las intoxicaciones se observan neuritis y también mielitis, pero estas últimas nunca se presentan como mielitis en foco, ni como mielitis múltiples. Hay principios tóxicos, sobre todo gaseosos, que producen parálisis de tipo medular, pero no mielíticas propiamente dichas. Remak fué el primero que admitió la existencia de mielitis, debidas á neuritis ascendentes, y Marinesco refiere un caso con autopsia, en que el proceso había seguido esta marcha, pero también pudo haberse tratado de una mielitis séptica.

Las lesiones tuberculosas de la médula no pertenecen al grupo de la mielitis; pero en algunos de estos casos se desarrolló una esclerosis múltiple. Existe positivamente una mielitis sifilítica, pero sus síntomas no son característicos como creía Erb, sino que dependen del asiento anatómico de la lesión.

Las parálisis medulares de origen blenorrágico, que en otro tiempo se reputaron de origen reflejo, se ha visto después que pueden ser debidas á una verdadera mielitis blenorrágica. Algunos autores dicen haber encontrado el gonococo; yo no he sido tan afortunado.

La mielitis se ha atribuído en algunos casos á una emoción terrorífica; pero ésta sólo puede desempeñar el papel de causa ocasional.

Debemos distinguir clínicamente tres formas principales de mielitis : la dorsal, que es la forma más frecuente de mielitis transversal, la cervical y la bulbar ó parálisis bulbar aguda. Existen casos de mielitis agudísima, en los que por sobrevenir la parálisis completa de la noche á la mañana, se sospecha casi siempre una hemorragia sin que exista ésta en muchos casos. Generalmente, la aparición súbita de la enfermedad ha ido precedida bastante tiempo atrás de prodromos. Hay además la forma sencilla y la subaguda. En muchos casos, la mielitis aguda se desarrolla en forma de exacerbaciones ó brotes.

En muchos casos de mielitis no es posible evitar que la enfermedad progrese en las primeras semanas, aunque se apele al reposo y se trate á los pacientes con toda clase de cuidados. La vida puede correr peligro porque la lesión se propague á los centros bulbares, por más que, aun en este caso, es posible que retrograde la enfermedad; porque se pierdan los restos aún existentes en la función motora ó en otras; ó bien porque sobrevengan fenómenos neuroparalíticos, tales como la cistitis y la úlcera por decúbito. En la segunda

época pueden presentarse, además, extinción de la facultad refleja, edemas y gangrena en las extremidades inferiores. Con el tratamiento procuraremos en lo posible vencer esta fase de la enfermedad, que en no pocos casos termina á las pocas semanas. La úlcera por decúbito se puede cerrar, contenerse la cistitis con la desinfección y los lavados, mejorarse las extremidades inferiores en su aspecto y quizá en su motilidad, robustecerse el organismo en general, y mejorar el apetito y el estado de ánimo, con lo cual se entra en una fase que permite esperar la reparación de las lesiones.

Interpretando toda mielitis grave como reblandecimiento medular, habrá de ser muy malo el pronóstico, porque la facultad regeneradora de los nervios en la médula es sumamente escasa. Pero si éstos tan sólo han experimentado compresiones por exudados ó hemorragias, las probabilidades de regeneración son mucho mayores. Así se explica que en la actualidad no sean raros los casos de curación de mielitis agudas, tanto transversales como diseminadas, por más que estas últimas no sean de buen pronóstico cuando sobrevienen después de enfermedades agudas. La mielitis puede terminar, por lo tanto, por curación, por muerte y por paso al estado crónico.

La terapéutica de las mielitis es, en la actualidad, más activa y más eficaz que hace pocos decenios. Entre las formas más leves de mielitis transversal y las transiciones á la mielitis diseminada, incluyo también la parálisis espinal espasmódica. En realidad, no hay un tratamiento específico de las mielitis; debemos tratar los casos según los síntomas, siguiendo los preceptos higiénicos dietéticos, prestando muchísima atención á todo lo relativo á la asistencia del enfermo, á fin de evitar que éste se agrave, y aprovechando todo aquello que pueda influir en la conservación de su vida y en el restablecimiento de su salud.

El Dr. Redlich, de Viena: En la anatomía patológica de la mielitis, existe todavía bastante divergencia de opiniones. Las formas transversal, difusa diseminada y la poliomielitis, en rigor no son individualidades patológicas bien distintas. En realidad, hay dos grupos principales: mielitis en masa ó difusa y mielitis circunscritas, que también pueden ser múltiples. En un extremo se halla la mielitis transversal, en el otro la poliomielitis circunscrita. Como transición puede citarse la mielitis diseminada múltiple. En algunos casos de mielitis diseminada, las lesiones se limitan á focos microscópicos, que pueden confluir hasta constituir una mielitis transversal total (mielitis difusa ascendente y descendente). Los focos grandes van acompañados casi siempre de reblandecimiento, pero éste no siempre va acompañado de inflamación, así como esta última tampoco ocasiona siempre reblandecimiento. La causa de este último puede ser una necrosis del tejido, pero en casos leves puede reconocer por causa hiperemias, hemorragias, edemas, etc.

En mi opinión, los procesos degenerativos del parénquima nervioso no sólo dependen de exudaciones, sino también de una acción directa de la causa patógena. Se admite en general que en la poliomielitis aguda figuran en primer término procesos vasculares en las zonas correspondientes á la arteria central y á la arteria espinal anterior. En las mielitis transversales y difusas se hinchan y alteran las fibras nerviosas; estas lesiones, combina-

das con el edema y la aparición de células con granulaciones grasientas, etcétera, ensanchan las mallas de la neuroglia, formándose así lagunas. A su vez las fibras nerviosas acaban por destruirse por completo. Estos procesos no es raro hallarlos en la periferia de los focos mayores, pero también se pueden presentar aislados, constituyendo una variedad de mielitis múltiple diseminada. Generalmente existen además hiperemias, hemorragias, lesiones en la proximidad de los grandes vasos, y sobre todo, células de granulaciones grasientas.

Es dudoso si el concepto corriente de la inflamación puede aplicarse á las lesiones del sistema nervioso, y en especial de la médula, que se clasifican de inflamatorias. La duda está menos justificada en las poliomielitis agudas ó en ciertas formas de mielitis diseminadas; no sucede así en los casos de lesiones parenquimatosas ó de necrosis extensas. Según el concepto que tiene Virchow de la inflamación, la proliferación secundaria de la neuroglia sería una inflamación proliferante. Yo creo, sin embargo, con Sehmans que este concepto de la inflamación es demasiado borroso, por más que haya que conceder al factor irritativo un papel característico.

En la mielitis aguda se encuentran lesiones inflamatorias de los vasos, engrosamiento de éstos con un carácter que es difícil definir si también será inflamatorio, y por último, hay casos en que no existe ninguna lesión vascular. En vista de que ni el estado de los vasos ni los demás caracteres histológicos de la mielitis aguda son suficientes para distinguirla de otros procesos, se ha pretendido fundar esta distinción en factores clínicos ó etiológicos. Los productos de destrucción aguda del parénquima nervioso se deben calificar de degenerativos; al parecer, según la intensidad de la irritación, así ocasiona ésta lesiones degenerativas ó inflamatorias. Cuando existen tan sólo procesos degenerativos agudos del parénquima nervioso, sólo se trata de degeneración; si hay además procesos inflamatorios, los degenerativos son consecuencia de estos últimos, los cuales, en algunos casos, se limitan á hemorragias ó á edemas inflamatorios.

En los casos de reblandecimiento de la médula, la divergencia versa acerca de si son producidos expresamente por trastornos nutritivos de origen circulatorio. Es lo cierto que en muy pocos casos se han encontrado oclusiones vasculares debidas á trombus y que existen necrosis inflamatorias de la médula que pertenecen al grupo de las mielitis. Los focos necrósicos son generalmente de origen inflamatorio, aunque puede haberlos también de origen mecánico. La edad, y en especial la arterio-esclerosis, favorecen su desarrollo.

En la actualidad se cree que la infección es la causa exclusiva y quizá única de la mielitis aguda; las demás sólo obrarían como predisponentes. En realidad, la existencia de bacterias en la médula inflamada no es prueba decisiva del origen infeccioso de la lesión, puesto que puede reconocer por causa una inmigración post mortal de bacterias ó un aumento de las ya existentes. El número de casos positivos en que no cabe la menor duda de su origen microbiano es muy pequeño. Los autores que han inoculado bacterias en la médula, manifiestan que desaparecen al cabo de diez ó doce días lo más tarde, y por lo tanto, el no hallarlas en la autopsia tampoco quiere decir que no hubiesen existido durante la vida. Pero aun los partidarios más

acérrimos del origen bacteriano de la mielitis, reconocen que la mayoría de estos casos se desarrollan después de terminada la infección, por lo cual muchos los atribuyen á microbios vulgares. Se necesitan, por lo tanto, nuevas investigaciones para conocer mejor la génesis microbiana de la mielitis aguda, y acaso convenga practicar en vida la punción lumbar y hacer el examen bacteriológico del líquido extraído.

Respecto á las mielitis tóxicas, aunque se conocen bastantes casos de este género, no sabemos si se trata en ellos de casos crónicos ó subagudos de fondo puramente degenerativo. Es dudoso que sean de naturaleza inflamatoria las lesiones medulares que se observan en algunos casos de anemia perniciosa.

La anatomía patológica nos enseña, por lo tanto, que no todos los síntomas del período agudo de la mielitis son debidos á una lesión irreparable, puesto que algunos dependen de edemas, trastornos circulatorios, etc. Los síntomas de déficit, de origen realmente anatómico, se hallan de completo acuerdo con lo que nos enseña el diagnóstico tópico de las afecciones de la médula espinal. Así se explica el distinto cuadro sintomático de las mielitis cervical, dorsal y lumbar y las diferencias que hay entre las lesiones transversales totales y las parciales, v. gr., la poliomielitis. Ya difiere bastante el cuadro clínico de la mielitis denominada múltiple, que recuerda mucho al de la necrosis múltiple.

El Dr. von Strümpell, de Erlangen: Como la destrucción mecánica no es una lesión inflamatoria, sólo debemos calificar de mielíticos á los procesos en que existen en la médula reacciones inflamatorias producidas por irritaciones exógenas. Las autopsias de casos de mielitis aguda no pueden resolver la cuestión de la etiología infecciosa, porque sólo descubren destrucciones de tejido ó cicatrices. Los síntomas tampoco sirven. El único dato utilizable nos lo proporciona la punción lumbar, que he practicado en dos casos. En el primero reveló la autopsia la existencia de un reblandecimiento inflamatorio; en la preparación se encontraron leucocitos y en los cultivos colonias de estafilococo blanco que había entrado por un panadizo, y que quizá había penetrado con la sangre ó con la linfa. Es probable que la mielitis infecciosa aguda pueda ser provocada por microbios muy diferentes. En el segundo caso se trataba de un aldeano de veintitrés años, que había caído enfermo en noviembre último con trastornos visuales, dolores oculares violentos y neuritis óptica. A los tres días se presentaron síntomas espinales y el 11 del mismo mes parálisis vesical y una debilidad en las piernas que se llegó á convertir en paraplegia sensitiva y motora. La punción lumbar, realizada en 5 de diciembre, dió salida á un líquido estéril y sin leucocitos. La muerte sobrevino el 26 de marzo último. El examen reveló la existencia de una lesión medular diseminada y extensa en armonía con los síntomas observados.

La mielitis diseminada se transforma en la degeneración combinada de los cordones, y puede suceder que se limite á un determinado haz de la médula. Admitiendo un origen químico, se explica bien la frecuente combinación de mielitis diseminada y neuritis óptica y la falta de bacterias en el líquido cerebro-espinal. Creo que se trata de una verdadera inflamación, puesto que existe causa morbosa exógena, aunque ésta sólo obra sobre determinadas partes del sistema nervioso.

Dudo que haya una mielitis crónica circunscrita y de origen paulatino; por lo menos no he observado ningún caso de este género, y tampoco se comprende que un agente infeccioso pueda obrar sobre la médula de un modo local y crónico. Los agentes productores de la tuberculosis y de la sífilis producen en la médula lesiones que no se pueden incluir de buenas á primeras en las inflamatorias, y en cuanto á las lesiones medulares debidas á una compresión lenta, tampoco puedo incluirlas en el grupo de las inflamatorias crónicas, porque en este caso falta el agente inflamatorio específico, y respecto á la reacción específica del tejido, ó bien falta por completo, ó es provocada por la influencia de las partículas procedentes del tejido destruído. En este caso se puede hablar todo lo más de síntomas secundarios. Tambien creo que es un error crasísimo incluir la esclerosis múltiple entre las mielitis agudas. En mi opinión, se trata de una lesión de origen puramente endógeno.—R. del Valle.

(Continuará).

SOCIEDAD OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA DE SAN PETERSBURGO

Sesión del día 31 *de Enero de* 1901.

Tratamiento operatorio de las parametritis cicatriciales. — El *profesor Ott*, dice que las cicatrices que no ceden al método de Thure Brandt, por más tiempo que se continúe su aplicación, constituyen una verdadera cruz, tanto para las enfermas, como para los ginecólogos, porque no tenemos otro medio de combatir esta afección, la cual comprimiendo vasos y nervios, provoca una serie de graves molestias y causa esterilidad. Las tentativas de cortar y excindir las cicatrices, no condujeron á la curación porque éstas se formaron de nuevo. Por esto Ott practica la discisión de la cicatriz, aplicando luego las suturas en sentido opuesto á la discisión. La división de la cicatriz se modifica según que se haga en el fondo anterior, posterior ó lateral. Hallándose la cicatriz en la región del ligamento ancho, conviene precaverse contra la incisión de las arterias uterinas ó de los uréteres ligando previamente las primeras é introduciendo una bujía en el ureter. Es más fácil operar en el fondo posterior, por más que se haya de abrir siempre el peritoneo. No hay técnica uniforme, pero la base del método, *discisión de la cicatriz con subsiguiente aplicación de suturas*, es siempre la misma. Ott practica su método desde hace tres años y medio y tiene hechas ya más de una docena de tales operaciones. En un caso se trataba de una mujer que no podía extender uno de sus muslos por ser dolorosísima toda tentativa; después de la distensión de una cicatriz, á beneficio del cloroformo, podía extender libremente aquella pierna. En otra mujer que había quedado mucho tiempo esteril, la operación facilitó el embarazo.

El *profesor Rein* siente que el profesor Ott no haya sistematizado sus observaciones; hacen falta datos exactos, historias clínicas exactas que indudablemente se comunicarán algún día, y entonces será posible formarse un juicio definitivo acerca del método propuesto, que por de pronto parece

rápido, á veces eficaz, pero no siempre exento de peligro. Por otra parte, no son bien claras las indicaciones para la operación; falta saber en qué clase de cicatrices conviene recurrir á la misma. Las bridas cicatriciales ordinarias, ceden fácilmente á la simple distensión, y las cicatrices que quedan después de supuraciones, no se adaptan á la operación que produciría una exacerbación de la enfermedad, ya que las cicatrices ocupan á veces más de la mitad de la pelvis.

El *profesor Fenomenof* tampoco encuentra bastante aclaradas las indicaciones. ¿Hay que cortar la cicatriz tan sólo en el caso en que ocupa la base del ligamento ancho ó también cuando éste se halle interesado por completo? Por otra parte, también la división de la cicatriz cuando se trata de remediar la estrangulación de vasos y nervios, puede dejar de dar resultado, ya que en vez de una cicatriz se obtienen dos. Además, no resulta aclarada la parte que en la operación recae á los vasos cortados. Es de suponer que, otras nuevas observaciones del comunicante y de otros socios, no tardarán en dar más luz.

El *profesor Ott* hace constar que contra el fundamento de su método, no se han hecho objeciones. Se entiende que puede cortarse tan sólo cuando se trata de una inflamación terminada, cuando hay cicatriz. Historias clínicas se comunicarán detalladamente, siendo de esperar que también den parte de las suyas los objetantes.

Pesario automático permanecido en la vagina durante quince años. — El doctor *Kantselson* refiere que una aldeana le consultó por un flujo fétido que padecía hacía más de un año; treinta años atrás tuvo un parto; hace veinticinco que enviudó y quince que una comadrona de su pueblo, á la cual se había quejado de salida de la matriz, le introdujo un aro hecho con tiras de corteza de tilo previamente hervidas y luego de dobladas, atadas con hilo fuerte y untado el aro así formado con cera caliente. Este pesario no le produjo ninguna molestia hasta que el año pasado empezó á notar que de la vagina le salía un flujo fétido. El olor se hizo luego tan repugnante, que la mujer se determinó á ir á San Petersburgo en busca de remedio. En la exploración se descubrió un antiguo desgarro del periné; entrada de la vagina muy enrojecida; de la vagina salía un líquido fétido de color verde, con grumitos de cal. En la vagina se tocaba un cuerpo muy parecido á un pesario de Mayer, de superficie groseramente áspera. No se descubrió ninguna alteración vaginal palpable. Un ensayo de extraer el aro por completo, provocó intensos dolores; hubo de recurrirse á la sierra y el speculum para sacarlo á pedazos; estaba cubierto de una espesa capa calcárea.

El *profesor Fenomenof* encuentra muy ingenioso el método cómo el aro fué preparado, y enseña otro pesario, una *bola de madera* como un puño cerrado que había permanecido treinta años en la vagina de una mujer de ciento dos años, y hubo de extraerse á beneficio de una incisión perineal.

El *Dr. Sitzinsky*, dice que extrajo un pesario automático que había estado año y medio puesto, y cree que no son raros los casos de esta clase.

(*Vrach*). — G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

Amauresis repentina y total sobrevenida después de una cauterización de las fosas nasales. — Refiere el Dr. Baker que tres días después de haber cauterizado el cornete inferior de la fosa nasal derecha á un sujeto de treinta y un años, se presentaron dolores en la mitad respectiva de la cara, acompañados de un obscurecimiento del campo visual, que se fué acentuando hasta convertirse tres días después en una amaurosis total del lado derecho. La pupila estaba moderadamente dilatada y falta de toda reacción. En el ojo izquierdo también había una ambliopía moderada. El fondo del ojo presentaba en ambos lados un aspecto normal.

En la fosa nasal derecha venía existiendo desde hacía mucho tiempo ozena, acompañado de una secreción de pus fétido y de color gris verdoso. No fué posible comprobar con seguridad la existencia de antecedentes sifilíticos, á pesar de lo cual se planteó un tratamiento tónico y específico, observándose entonces que los ojos fueron recobrando poco á poco su estado normal. Acerca de la causa inmediata de la amaurosis, no se pudo averiguar nada positivo. La única anomalía que existía en ambos ojos era un astigmatismo hipermetrópico muy pronunciado.—(*Med. Record*).—R. del Valle.

Tratamiento de las úlceras de las piernas. — El Dr. O. Schülze aconseja en las úlceras de las piernas el uso tópico de la pomada siguiente:

Alcanfor porfirizado	2	gramos.
Oxido de zinc	20	—
Vaselina ó manteca	78	—

Ciertos enfermos no toleran bien esta pomada, en cuyo caso debe ser sustituída por la preparación siguiente:

Alcanfor porfirizado	2	gramos.
Oxido de zinc / Aceite de olivas (aa.)	80	—

Se emplea de igual manera que la anterior.

Con este tratamiento tan sencillo curan la mayor parte de los enfermos, siempre que no anden mucho, permanezcan en pié casi todo el día ó las úlceras sean muy extensas ó específicas.

(*Munch. Med. Wochens.*)—F. Toledo.

Las inyecciones subcutáneas de agua salada como medio de tratar el morfinismo crónico. — Refiere el Dr. Sweringen que una señora de setenta años, en la que para combatir los dolores violentos de una artritis reumática fué necesario emplear durante diez semanas las inyecciones de morfina, no se pudo quitar después el hábito á estas inyecciones. Después de haber empleado inútilmente con este objeto la estricnina, se le ocurrió al autor practicar cada cuatro horas una inyección subcutánea de un gramo de agua sa-

lada (una cucharadita por 500 gramos de agua), consiguiéndose así poder suprimir al muy poco tiempo la morfina, sin que después se hubiesen vuelto á presentar recidivas. — (*Cincinnati Lancet-Clinik*). — R. del Valle.

Terapéutica de la gota.—En la gota y en las afecciones gotosas, la primera indicación es disminuir la cantidad de ácido úrico que existe en la sangre. Con las cerezas, la fresa y algunas otras frutas, se obtiene este resultado, que, según el Dr. Sternfeld, es debido al ácido quínico. Estos datos experimentales le indujeron á emplear el quinato de litio en tabloides á la dosis de 35 centígramos. Con seis de estos tabloides administrados al día, se obtienen en la gota resultados tan notables, que Sternfeld considera dicho medicamento como específico de la referida enfermedad.

(*British. Med. Journal.*)—F. Toledo.

El cloruro de metilo como medio de combatir la ronquera. — El Dr. Abrams combate la ronquera de la laringitis dirigiendo sobre el punto de entrada de los dos nervios laríngeos superiores un chorro de cloruro de metilo ó de otro cuerpo de acción análoga, hasta conseguir el objeto refrigerante. Según dice el autor, este procedimiento da también muy buenos resultados en las neurosis y crisis laríngeas que se observan en los casos de tabes dorsal.

(*Therap. Gaz.*).—R. del Valle.

Medio sencillo de esterilizar las sondas de goma. — Las sondas uretrales de goma pueden esterilizarse sin deteriorarse lo más mínimo, hirviéndolas en una disolución de 400 gramos de cloruro sódico en un litro de agua, y lavándolas después en agua bórica esterilizada para desprender la sal que las impregna. Pueden esterilizarse también sumergiéndolas durante dos minutos en una disolución concentrada é hirviendo de cloruro de sodio.

(*Le Bull. Medical.*)—F. Toledo.

Tratamiento de las quemaduras con el ácido pícrico.—El Dr. Loschtschilow, como resultado de cuatro años de práctica respecto al asunto, establece las siguientes conclusiones:

1.ª Las disoluciones de ácido pícrico del 1 al 5 por 1000, cuando se emplean en casos recientes de quemaduras en que éstas no tengan una gran extensión, no provocan ningún síntoma tóxico.

2.ª Calman rápidamente los dolores.

3.ª Desinfectan la superficie desprovista de epidermis, y de ese modo activan la curación.

4.ª Este tratamiento posee grandes ventajas, puesto que en la mayoría de los casos permite prescindir de toda cura, y caso de que ésta sea necesaria, impide que su aplicación produzca dolor y ahorra tiempo gracias á esta circunstancia.

5.ª Si las quemaduras son algo extensas, es preciso, cuando se emplea el ácido pícrico, continuar con la asistencia personal del paciente, y sobre todo, examinar á menudo su orina.—(*Jeschenedelnik*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EL FOGONAZO

SU ESTUDIO QUÍMICO-MÉDICO-LEGAL

POR EL

DOCTOR D. JULIO LARRÚ

Médico municipal de Santoña.

(Conclusión).

Llegamos á nuestro objeto principal, ó sea al estudio de las manchas originadas por el fogonazo.

Empezamos por no explicarnos por qué habiéndose agotado, al parecer, el capítulo de las manchas en química-legal, desde las de sangre y esperma, hasta las de chocolate y excrementos de chinche, no se hayan tratado con la detención que merecen las interesantísimas que origina el fogonazo.

Repetimos que, no son solamente los autores médico-legistas los que guardan incomprensible silencio, en lo que se refiere á las manchas producidas por la combustión de la pólvora, sino los que son autoridades en química legal.

El único que trata de ellas, Fresenius, se satisface con mencionar lo siguiente: «*Al inflamarse la pólvora deja una costra negro-azulada de olor sulfuroso y que contiene sulfato, carbonato, sulfito, hiposulfito y sulfuro potásico más carbón; al aire se forma también sulfato de hierro, substancias que se investigan con arreglo á la marcha sistemática*».

No acabando de creer que estas interesantes manchas no hubiesen sido objeto de detenidos estudios, escribí á mi sabio y querido amigo D. Eugenio Mascareñas, catedrático de química de la Facultad de Ciencias de Barcelona, quien me contestó que los únicos químicos que modernamente se han ocupado de la composición de los gases producidos por la combustión de la pólvora, son el alemán Bunsen

y el inglés Abel, y que éstos *no mencionan absolutamente nada de residuos metálicos en ellos.*

Es natural suponer que estos análisis se refieran á los gases producidos por la deflagración de la pólvora, no á los originados por su combustión en el interior de un arma, y mucho menos á los resíduos que dejan sobre superficies más ó menos filtrantes, en disparos á corta distancia.

Estoy, pues, en mi perfectísimo derecho, facultado por opinión de tal valía, recabando la paternidad científica de este interesante estudio.

Si no sólo se examina, sino que, digámoslo así, *se diseca*, la mancha que el fogonazo produce, se aprecien en ella á simple vista los tres elementos que la constituyen: 1.° *El chamuscamiento ó quemadura.* 2.° *El tatuage.* Y 3.° *La mancha ó manchas*, que hasta ahora han pasado desconocidas.

Esa mancha ó manchas, forman la parte más íntimamente adherida á la superficie que filtra ó detiene los gases del fogonazo, y son visibles á simple vista, ó solamente con auxilio de reactivo, en lo que radica su capital importancia quimico-legal.

Su color varía desde el gris negruzco ó pardo-rojizo al gris azulado, azulado-verdoso ó gris perla, según la coloración de las telas, ó su combinación con el chamuscamiento. Esta combinación es más ó menos íntima, pero en ocasiones se separa de tal modo, que constituyen manchas perfectamente independientes, como puede verse en el curioso disparo sobre franela rosa que figura en la lámina en colores.

Aunque sea adelantando ideas, es esencial hacer notar que pueden observarse en tejidos subyacentes, como lo demuestra la gota de reactivo que se aprecia en la camiseta del interfecto (fig. 1), y esta propiedad les da más importancia, si cabe, cuando se trata de la simple inspección, porque se observa el caso de disparos sobre tejidos obscuros, que no dejan en ellos señal alguna de fogonazo visible, y puede apreciarse ésta en el tejido claro subyacente.

Generalmente, en tejidos con apresto ó sobre cabritilla, su color es parduzco ó gris-azulado, y sobre tejidos estoposos, como la franela de algodón ó el punto inglés, azulado-verdoso y hasta gris-perla, según la coloración del tejido.

Estas manchas se aprecian difícilmente en el momento de efectuar el disparo, por su íntima combinación con el chamuscamiento, pero son tanto más perceptibles cuanto más tiempo pasa. Depende

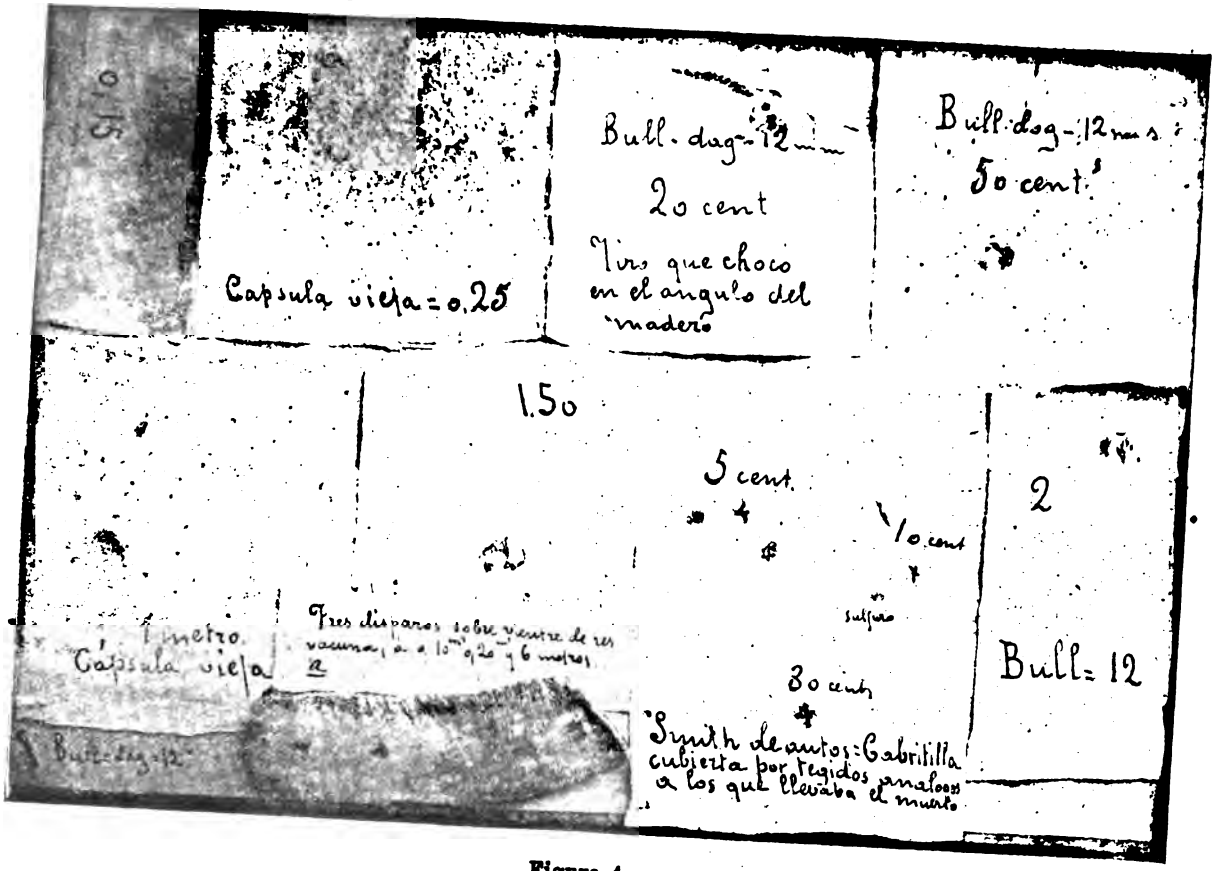

Capsula vieja = 0.25
Bull. dog - 12 mm
20 cent
Tiro que choco en el angulo del madero
Bull. dog - 12 mm
50 cent
1.50
5 cent
10 cent
2
Bull = 12
1 metro
Capsula vieja
Tres disparos sobre vientre de res vacuna, a 10m 0,20 y 6 metros
Bull. dog - 12
30 cent
Smith de autos: Gabrililla cubierta por tegidos, ganados a los que llevaba el muerto

Figura 4.

esto de la coloración más visible de los metales óxidos y sales metálicas que las forman, por la acción química del aire.

Cuando los disparos proceden de armas sucias y tenidas en sitios húmedos, el *tatuage* es abundante, grueso y negro en el momento del disparo, y pasado algún tiempo se *eflorece* con tono gris-azulado-blanquecino, en un todo idéntico al que se observa sobre tejidos muy estoposos, lo que depende, indudablemente, de la capa de resíduos metálicos que recubren los puntos de pólvora incompletamente quemados.

Repetimos que el carácter más importante de estas manchas, bajo su aspecto quimico-legal, es poder ser invisibles á simple vista y visibles sólo con el auxilio de reactivo, hasta el punto que, tejidos que han sufrido disparos á distancia de 0,70 metros, lavados y sumergidos durante veinticuatro horas en el reactivo, se obscurecen lo suficiente para poder apreciarlo, comparándolo con otros que sirven de contraprueba. Así lo demuestran E y D, en la fig. 3. E., sufrió un disparo con Smith de 0,12 metros, fué lavado hasta decoloración completa, y sumergido en solución de sulfuro alcalino, juntamente con otro trozo de la misma tela. Después de lavados nuevamente ambos, ofrecen el diverso tono que puede apreciarse en dicha figura.

Ahora bien; esas manchas ¿qué son? ¿Qué cuerpos las constituyen y cómo se forman?

Esas manchas son de plomo, mercurio, cobre, zinc y hierro con óxidos y sales de esos metales.

Fácilmente se comprende su procedencia; el plomo procede de la bala, el cobre y zinc del casquillo, el mercurio del fulminante, y el hierro del arma.

Que están constituídas por resíduos metálicos, lo comprobé tratándolas por un sulfuro alcalino, el cual las ennegrece rápidamente; que contienen plomo en su mayor parte, lo ví incinerando varios disparos sobre tela, y tratando las cenizas por ácido nítrico caliente, así como también hirviendo en dicho ácido las manchas producidas por otros disparos. El resultado de la ebullición nítrica convenientemente diluído y filtrado, da, por la acción de un ioduro alcalino, un precipitado amarillo canario con ráfagas rojizas.

Aunque no tengo seguridad de la pureza del ioduro que empleé, y por tanto, ignoro si tenía algo de iodato, esta reacción demuestra, no sólo la presencia del plomo, sino también la del mercurio, á no ser que la coloración rojiza dependiera del iodo puesto en libertad por el ácido nítrico.

Que contiene hierro lo demuestra el precipitado azul de Prusia, que se obtiene tratando el resultado de la ebullición nítrica con el cianuro ferroso-potásico. Dejando sedimentar este precipitado, se observa en el líquido que lo cubre un tono parduzco, que permite sospechar la presencia del cobre.

Ahora bien; si tratamos la solución nítrica con un sulfuro alcalino, obtenemos un precipitado *achocolatado,* mucho más claro en color del que corresponde á los sulfuros de plomo, hierro, mercurio y cobre reunidos, lo que permite también sospechar la presencia del sulfuro de zinc.

Este rudimentario análisis, con ser tan rudimentario, demuestra, en mi concepto, hasta la evidencia la constitución química de estas manchas, pero sería muy conveniente que químicos de más competencia que la mía, los complementasen; así como también, el que se encontrase en condiciones, experimentase estos análisis en disparos sobre piel humana.

La quimico-genia de estos elementos es igualmente de fácil explicación. Encerrados en las *tenebrosidades* de una cápsula, cuerpos tan afines para los metales como el azufre; oxidantes tan enérgicos como el nitro; y reductores tan poderosos como el carbón; lógica y químicamente tiene que suceder que el azufre, con el intermedio del nitro, ataque á los metales formando sulfuros, hiposulfitos, sulfitos y sulfatos, nitritos y nitratos, más óxidos de los metales atacados. En este estado de combinación más ó menos perfecta, ocurre el disparo y esos óxidos y esas sales anfígenas y alógenas, en parte reducidas por la acción de la temperatura y el carbón, y en parte no, unidas á los gases mercuriales resultantes de la explosión del fulminante, se pierden en las *nebulosidades* de la atmósfera, si antes no encuentran una barrera filtrante en la que dejan indelebles señales.

Esas señales me han servido para demostrar la inocencia de un culpado por testimonio, cuya falsedad ponen de manifiesto, y espero que en lo sucesivo puedan servir también para fines idénticos, tan justos, tan humanitarios, y que satisfacción tan inmensa producen al amante del saber y de la justicia.

No es necesaria la combustión de la pólvora para que el fogonazo origine mancha indeleble y analizable, puesto que cápsulas cargadas exclusivamente con fulminante, la producen en toda su pureza. Véase la tela listada de la lámina en colores, cuya mancha la originó un disparo de pistola de salón. En ese fogonazo, no existe ni *tatuage* ni quemadura, y sólo sí los restos metálicos del fulminato y

A
B

A'

C

D

quizá los producidos por la acción de éste sobre los metales de la bala y del casquillo. Estos restos metálicos aparecen en la mancha con *todo su aspecto característico*, disparando á 0,03 ó 0,05 metros sobre cabritilla humedecida, con pistola de salón, ó mejor con la denominada *perrera* por los ciclistas.

Del mismo modo, las modernas pólvoras, entre ellas la llamada J., originan manchas de distinta naturaleza y que requieren ulteriores estudios. Esa pólvora J. determina manchas y *tatuage* de color verdoso que, lavados, dejan sobre la piel una coloración amarillo de limón (1).

Bajo el aspecto práctico y químico-legal del asunto, no es indispensable determinar la naturaleza de los metales que constituyen la mancha del fogonazo, es suficiente demostrar que esas manchas están formadas por sus metales óxidos ó sales, lo que se comprueba, claro está, con un sulfuro alcalino. Una vez comprobado esto, la única duda posible existiría si el individuo hubiere manejado, por razón de profesión, metales ó sus compuestos, ó al interfecto se le hubiere inhumado, sin ataud, en terreno minero. En cualquiera de estos dos casos, la contraprueba sería sencillísima, pues se reduciría á repetir el análisis en distintos sitios de la prenda.

De la utilidad y sensibilidad del sulfuro como reactivo, en este caso dan buena prueba las dos manchas que se ven en la parte superior de la camisa y camiseta que vestía el interfecto, producidas por dos gotas de sulfuro amónico, en las imperceptibles manchas azulado-verdosas que presentaban.

Lo demuestra también la comparación de A y B en el fotograbado (figura 3), y más gráficamente en la lámina en colores, acuarela que he pintado copiando fielmente el original.

Esas figuras proceden de dos fogonazos de Bull-dog, de 0,012 á 0,15 metros de distancia. Su resultado fué idéntico, pues están elegidos entre 20 disparos verificados con la misma arma, á la misma distancia y cápsulas análogas Una de estas manchas fué lavada con jabón y por restregamiento hasta su completa decoloración ; después, cortada por la mitad y una parte sumergida durante veinticuatro horas en solución de sulfuro alcalino al 20 por 100 y lavada, ofrecía el aspecto que puede observarse en la letra B del fotograbado, figura 3 y en la lámina en colores.

Otra demostración : En los fotograbados, fig. 2 y 4, se ven dos tro-

(1) Chatelier : Revolver et nouvelles poudres. Tesis de París, 1897.

zos de cabritilla que recibieron disparos con el Smith de autos. El uno al descubierto, y el otro cubierto con tejidos análogos á los que llevaba el interfecto. Colocadas gotas de sulfuro amónico alrededor de los orificios de entrada del proyectil, puede percibirse claramente la diferencia de tono.

La utilidad é importancia de este análisis, es tanto mayor cuanto más inseguros, insuficientes y falaces, son los elementos que la ciencia nos proporciona para dictaminar respecto á la distancia á que se ha podido hacer un disparo. Son insuficientes, inseguros y falaces, porque si son claros, repito, que se puede prescindir de nuestro informe, y si son obscuros, ninguno de ellos nos permite dilucidar el problema.

Para convencernos de ello y para completar en lo posible este trabajo, estudiemos, siquiera sea ligeramente, esos caracteres.

El primero se refiere al *tamaño del orificio de entrada del proyectil.*

Reina disconformidad entre los autores al tratar de este carácter, pues mientras Bruns, citado por el ilustrado compañero antedicho, asegura que esa dimensión está en razón inversa de la distancia, Conner afirma que está en razón inversa de la cantidad de movimiento, lo que, como se ve, es todo lo contrario.

Tan flagrante contradicción debe radicar en la variable y paradójica velocidad del proyectil en los distintos puntos de su recorrido. Si hemos de creer á los *balísticos*, esa velocidad no es la máxima al salir la bala por la boca del arma, sino á cierta distancia mayor ó menor, según su fuerza impulsiva.

Esto pudiera explicar el caso citado, aunque no comprobado, por Vibert en su elemental, pero inapreciable obra de *Medicina legal*, acerca de la no penetración en el organismo de algunos proyectiles disparados, colocando la boca del arma en contacto con la piel.

En este al parecer increíble caso, se dice que la columna de aire que el proyectil comprime á su salida del arma, contrarresta su fuerza impulsiva, quedando solamente con fuerza viva suficiente para producir contusión ó excoriación en la piel.

Así, pues, si esto es cierto, que yo no lo sé, si el tamaño del orificio de entrada está en razón directa de la velocidad máxima, será mayor á cierta distancia que á *quema-ropa*; pero como quiera que para determinar el carácter de que tratamos influye no solamente la velocidad inicial del proyectil, sino la acción excéntrica de otras causas, es inútil pretender aclarar este problema para nuestro objeto. Influyen, en efecto, en ese tamaño no sólo los gases, taco y deformi-

dades de la bala, sino también la fuerza explosiva é hidráulica, la existencia de hueso subyacente, la dirección más ó menos normal del proyectil, la elasticidad de la piel de la región lesa, etc., etc.

Con estas causas de error, dicho se está que este carácter no puede ilustrarnos en lo más mínimo en casos médico-legales para apreciar la distancia del disparo. Por otra parte, esa variación de tamaño es tan poco apreciable que, como puede observarse en la fig. 3, en tres disparos hechos sobre vientre de res vacuna, de 0,10 á 6 metros, no existe diferencia notable ni útil para resolver un problema que nos obliga á medir la distancia por decímetros, y no por decámetros, como pretende Bruns, con detrimento de la justa acción de la justicia.

Lo mismo decimos de la *forma de dicho orificio.* Variable por todas las modalidades que imprimen variación á su tamaño, y sobre todo por la naturaleza de los tejidos, estrías de la bala, fuerza explosiva, existencia de hueso subyacente y dirección del disparo, no puede figurar como dato positivo.

En este concepto, es notabilísimo el orificio de entrada del proyectil por la camisa del interfecto, hasta el punto que no es orificio, sino rasgadura (fig. 1). Esta forma extraña dependió indudablemente de las estrías del proyectil, y su movimiento rotatorio y de la naturaleza del tejido, que antes se rasga que se perfora. Esto último lo demuestra como contraprueba el orificio de la camiseta, visible en la misma figura.

Las condiciones de los tejidos protectores pueden ser tales, que la piel y tejidos subyacentes se perforen y ellos no. Así lo evidencia entre otros, el curiosísimo caso de Vibert. Un hombre que llevaba un pañuelo de seda al cuello, recibe un tiro, cuyo proyectil penetra á través del esternón, empujando y penetrando con él el pañuelo de seda, pudiendo ser extraído fácilmente el proyectil por la tracción sobre el pañuelo.

No digamos nada de las *quemaduras del contorno de la herida,* porque si son manifiestas se acompañan de otros caracteres que hacen inútil nuestro concurso.

Mucho menos debíamos mencionar, para nuestro asunto, las *quemaduras que el disparo produce en ocasiones en los vestidos, pelos y hasta en los objetos próximos,* porque claro está que cuando se observan, el disparo se ha hecho cuerpo á cuerpo. No obstante, diremos, que si bien los autores señalan la distancia máxima de 0,32 metros para que el disparo produzca esos efectos, se comprende que,

haciendo uso de armas antiguas con tacos de papel ó estopa, se pueda producir esa combustión á distancias mucho más largas.

Tampoco el color *negruzco de los bordes de la herida* puede servirnos de guía, porque, dependiendo, no de las partículas carbonosas, como erróneamente dicen algunos autores, sino de los resíduos metálicos mencionados, *lamidos* del proyectil y sangre extravasada por contusión ó rasgadura, se comprende que ese color puede presentarse en heridas verificadas á 10 centímetros, lo mismo que á 20 metros, si bien, por sabido se calla, será tanto más manifiesto cuanto menor sea la distancia del disparo.

La zona apergaminada, amarillenta ó parduzca que produce el proyectil por rozamiento al perforar la piel, no nos ilustra lo más mínimo para juzgar de la distancia del disparo, porque este carácter se presenta á distancias relativamente grandes, y en cambio no se presenta en otras pequeñas, pues su amplitud depende principalmente de la mayor ó menor *depresibilidad* de la piel.

Vamos ahora á tratar, siquiera sea someramente, de un asunto que, aunque en mi concepto no ilustra gran cosa nuestro problema, es curioso, interesante y auxilia algo esta investigación.

Me refiero, á los *caracteres del trayecto* que el proyectil fragua en los tejidos orgánicos, según su velocidad inicial ó la distancia á que actúa.

Desde el uso del Chassepot, admiraba el horrible destrozo que, teniendo en cuenta el tamaño del proyectil, producía éste en nuestros tejidos. Esta admiración llegó á facultar y sigue facultando, quizá sin razón, la idea de incriminar el uso de balas explosivas. No son suficientes, se conoce, los trabajos de Kocher, Busch, Kunster, Heppener y Garnfinkel, para explicar esos destrozos por la fuerza explosiva ó hidráulica, cuando boers é ingleses siguen exhumando esas barbaries humanas.

Que las balas llamadas *¡humanitarias!* pueden producir esos destrozos, lo prueba el caso que hace poco ocurrió en esta localidad, y cuyos detalles me suministró el médico que hizo la autopsia, mi querido amigo el ilustrado médico militar Dr. Andujar.

Un soldado se suicida, disparándose el Maüsser con el cañón apoyado en el pecho. El proyectil fracturó una costilla y la explosión *¡siete!*

Caso análogo é increíble es el observado por Hofmann en otro soldado, que disparándose un tiro con carga de 6,5 gramos de pólvora, voló casi por completo su cabeza, no quedando sino al-

gunas esquirlas de hueso y partes blandas imposibles de reconocer.

Hemos dicho que, según unos, estos efectos dependen de la acción excéntrica de los gases que impele la bala, y según otros, de la fuerza hidráulica, cumpliendo el principio de igualdad de presión de Pascal.

Que esta ley necesariamente ha de cumplirse, lo prueba la acción de un proyectil sobre una caja metálica llena de agua y herméticamente cerrada, y parece probarlo en el organismo humano también la diferencia de diámetro entre el orificio de entrada y el que el proyectil produjo en el corazón en el mencionado *hecho de autos*. Recuérdese que el primero medía un centímetro y el segundo TRES. Digo que parece probarlo, porque en nuestro caso y en otros análogos, tal vez lo demuestren mejor las acciones fisiológicas. En efecto, recuérdese también que el trayecto pulmonar tenía el diámetro del orificio de entrada, es decir, de un centímetro, y si hubiere sido influenciado por la fuerza explosiva ó hidráulica, necesariamente hubiera sido mayor. Además, supóngase que el proyectil hirió al ventrículo izquierdo en diástole; es natural suponer, que antes de morir el *ultimum moriens*, verificase alguna ó algunas contracciones sistólicas, y efecto de ellas, la acción excéntrica de las fibras musculares obrando sobre el orificio sin punto de apoyo y la salida de sangre y coágulos, podía aumentar el diámetro del orificio sin la intervención de la fuerza explosiva, ni hidráulica.

Aunque curiosas é interesantes estas observaciones, sólo esbozadas, se comprende fácilmente que de no *explosionar* el sujeto, ningún resultado práctico nos proporcionan para la resolución de nuestro problema.

Vemos, en efecto, que proyectiles como el del Maüsser, que á 1000 metros de recorrido, llevan todavía más fuerza viva que la bala de un revólver Smith al salir de la boca del arma, producen en nuestros tejidos, según la frase de Pirogoff, la impresión que produciría un trócar candente al blanco.

Quizá pudiera ilustrarnos algo en este sentido la disección del principio del trayecto, pues se dice que cuando actúa la fuerza explosiva produce el despegamiento del tejido celular subcutáneo de las proximidades del orificio de entrada, ocasionando una cavidad mayor ó menor de paredes tomentosas y ennegrecidas; pero suponemos que cuando este carácter pueda ser ostensible para permitir una conclusión medico-legal, necesariamente han de poder apreciarse otros que alejen toda duda.

La *longitud del trayecto* es otro de los caracteres que, pensando ligeramente, parece habían de demostrarnos hasta la evidencia la distancia á que se había efectuado el disparo, permitiéndonos dictaminar si éste se había podido verificar á mayor ó menor separación de uno ó dos metros, que es, generalmente, lo que á la justicia la interesa averiguar. Así, en nuestro caso, el que, como yo, hubiese atravesado con el arma de autos un bloque de madera de 0,20 metros de espesor, hubiera jurado que esa arma producía fuerza sobrada para atravesar á un hombre de alto á bajo, si con ella se le disparaba á *boca de jarro*, ó poco menos, y hubiera jurado también que un trayecto de 0,35 metros, producido por un proyectil disparado con esa arma, no podía haberse verificado á *quemarropa*. Pues hubiera jurado en falso; porque ese trayecto, no sólo es posible tocando hueso, sino sin tocarlo, como yo lo he visto y cualquiera puede verlo disparando sobre el vientre de una vaca en dirección al diafragma. Tiros á 0,10 metros, dejaban en el pulmón el proyectil. Y esto que la experiencia demuestra, lo demuestra también la Lógica y la Física, por que el tejido pulmonar no sólo es el más resistente, entre los blandos, al cuchillo del carnicero, sino que encerrando aire á mayor presión que la atmosférica en el momento de actuar sobre él el proyectil, se concibe el obstáculo que ha de oponer á su paso.

Hemos tratado ya del único carácter que puede conducirnos á una conclusión cierta, entre los que justifican nuestra intervención, para responder á la pregunta de S. S., ó sea á la existencia de granos de pólvora en la periferia del orificio de entrada del proyectil. Ya hemos dicho que este carácter, de encontrarle, nos demuestra que el disparo se ha verificado, con armas de pequeño calibre, á menos de 2 metros, como distancia máxima. Si no le encontramos, no nos demuestra que se ha verificado más cerca; pues, aunque excepcionalmente, puede darse el caso indicado en la fig. 4.

Por otra parte, en el hecho de autos, ese carácter, no apreciado por mí en la cara cutánea del trozo de piel, se apreciaba tan imperfectamente en la camisa, que ni los peritos médicos que me precedieron pudieron observarle; y, por tanto, hubiera sido imposible resolver, fundándose en él, tan delicada cuestión.

Yo no puedo negar en absoluto el aserto de los autores que admiten desaparece antes la mancha que el *tatuage*, pero en ocasiones, y prueba fehaciente es el hecho de autos, no sucede esto, siendo ostensible la mancha cuando el *tatuage* es imperceptible. Esto se verifica por múltiples circunstancias, ya por la escasa penetración y, por

tanto, persistencia de los granos; por el color de las telas; por el lavado; existencia de manchas de sangre; composición de la pólvora, etc., etc.

Creemos, sin embargo, que este signo sigue en importancia á la mancha, y repetimos que puede existir cuando la mancha no existe, pero repetimos también que, no sólo puede darse el caso contrario, sino más á menudo la mancha puede apreciarse con el auxilio de reactivos cuando no existen indicios de *tatuage*.

Demostrada la ineficacia de todos los elementos de juicio que tenemos para informar acerca de la distancia á que se ha podido verificar un disparo, queda demostrada la importancia del resultado de mi investigación : 1.°, porque la mancha puede existir, cuando no existan otras señales de fogonazo; 2.°, porque aun siendo invisibles á simple vista, pueden ser visibles por medio del análisis; y 3.°, porque nos permite informar en conciencia, en concreto y sin género alguno de duda.

Podemos dudar, en efecto, si un punto más ó menos negro es ó no producido por un grano de pólvora, pero no podemos dudar que un líquido que precipita en amarillo canario por la acción de un ioduro alcalino, y este precitado es soluble en un exceso de reactivo, contiene una sal soluble de plomo.

La técnica del análisis, como hemos visto, no puede ser más sencilla : se reduce á colocar algunas gotas de sulfhidrato amónico en la periferia del orificio de entrada del proyectil. Si la mancha fuera imperceptible á simple vista y con este procedimiento, córtese un trozo más ó menos sospechoso de las proximidades de dicho orificio y otro en sitio separado de la misma prenda, sumérjanse en solución del sulfuro alcalino al 20 por 100, déjense durante veinticuatro horas, y después de extraídos, lavados y secos, compárese el tono de color. Si á simple vista no se aprecia diversidad, puede apreciarse obteniendo una buena positiva fotográfica, y si la apreciamos podemos dictaminar indubitablemente que el disparo se ha verificado *cuerpo á cuerpo*.

Esto por lo que se refiere á tejidos blancos ó de color claro, porque si son obscuros dicho se está que este procedimiento no tiene aplicación. En este caso, tómese la mayor parte posible del tejido de la periferia del orificio de entrada, hiérvase en ácido nítrico, dilúyase en cuatro ó cinco veces su peso de agua, filtrese y trátese por un sulfuro alcalino, y después, y aisladamente, por una solución de ioduro potásico: si el primero precipita en color achocolatado y el segundo

en amarillo canario, y podemos descartar todo otro origen del plomo, con seguridad podemos dictaminar que el disparo se verificó á menos de un metro y probablemente también á menos de 50 centímetros.

Difícil, ó mejor dicho imposible, es determinar la distancia máxima á que puede presentarse la mancha visible á simple vista ó sólo con auxilio de reactivo. Por término medio puede admitirse 25 centímetros como límite máximo de *visibilidad* sin auxilio de reactivo y y 0,50 metros con su intermedio. No hay que olvidar, y por eso insistimos en ello, que en este caso es necesario sumergir la tela en el reactivo y quizá obtener una prueba fotográfica.

No negamos, ni podemos negar, que un disparo á 0,70 metros ó menos, sobre todo si se verifica con armas de 0,009 ó 0,007 milímetros poco perfectas y cápsula nueva, puede no dejar rastro alguno en la tela, por lo que si nuestras investigaciones son negativas, no podemos negar tampoco que el disparo pudo hacerse á esa distancia.

He terminado el trabajo que me había impuesto, pero al terminarlo, creo que sólo he iniciado un interesante asunto quimico-legal, que personas más competentes que yo deben continuar y perfeccionar.

El que con el mismo interés que yo, y más competencia que la mía, continúe este estudio, tiene ancho campo. No sólo puede y debe investigar los reactivos más sensibles que *desenmascaren* los restos del fogonazo, originados sobre tejidos ó piel humana por la pólvora usual, sino las múltiples y variadas manchas que las pólvoras modernas pueden y podrán producir.

Y esto es tanto más útil y necesario, cuanto que esas nuevas pólvoras no producen apenas *tatuage* ni casi quemadura, y por tanto, el único medio que tendrá el químico-legista del porvenir, para dilucidar el problema que nos ha ocupado, será el análisis de la *mancha del fogonazo.*

Y conste que de este análisis, pende en ocasiones la honra y la libertad de un inocente.

REVISTA DE OFTALMOLOGÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General de Madrid

Sumario: I. Disoluciones oleosas de bi-ioduro de mercurio. — II. Dos casos de herida del nervio óptico.— III. Sarcomas de la úvea.—IV. Tratamiento del desprendimiento de la retina por las inyecciones subconjuntivales de cloruro de sodio. —V. Tratamiento del tracoma por el ácido iódico, la gallicina y la gallicina iodada.—VI. Trastornos que produce en el ojo la ligadura de las carótidas.

I. Leroux, interno de Farmacia, ha publicado en los *Archives de ophtalmologie*, enero de 1901, una nota sobre las soluciones oleosas de bi-ioduro de mercurio, empleadas para combatir la sífilis en la Clínica oftalmológica del profesor Panas, en el Hôtel-Dieu de París.

Dichas soluciones son preparadas, según la fórmula de Méhu, con aceite de oliva puro y esterilizado y dosificadas en la proporción de 4 gramos de bi-ioduro puro para 1000 centímetros cúbicos de aceite. Esta disolución contiene, por tanto, 4 miligramos de bi-ioduro de mercurio por centímetro cúbico, estando suficientemente concentrada para todos los usos de la terapéutica.

No obstante, si se quisiera en las inyecciones intramusculares aumentar la dosis de bi-ioduro sin aumentar el volumen de la inyección, podría recurrirse al aceite de ricino ó al aceite blanco.

La solubilidad del bi-ioduro en estos aceites ha sido determinada por Méhu, quien da las siguientes proporciones:

Aceite blanco, 10 gramos para 1000, ó sea 9'20 gramos para 1000 centímetros cúbicos.

Aceite de ricino, 20 gramos para 1000, ó sea 19'20 gramos para 1000 centímetros cúbicos.

Leroux ha comprobado que el aceite blanco y lavado varias veces por el alcohol, después calentado á 120° y cuando la temperatura ha bajado á 60°, adicionado el bi-ioduro de mercurio en la proporción de 9'20 gramos por 1000 centímetros cúbicos, deposita, al cabo de algunos días, cristales de aquella substancia.

En cambio, preparándola con 8 gramos solamente, no se deposita cantidad alguna. En esta disolución cada centímetro cúbico contiene 8 miligramos de bi-ioduro.

Cuanto al aceite de ricino, no queriendo aumentar por encima de 10 por 1000 la proporción de bi-ioduro, Leroux ha tratado de ver si se podría á baja temperatura obtener fácilmente la disolución.

A 60°, la disolución es muy rápida; lo mismo sucede á 50°; expuesto á 36° en una estufa, la disolución se verifica completamente al cabo de algunas horas.

El aceite así preparado contiene 10 miligramos de bi-ioduro de mercurio por centímetro cúbico; no obstante, la viscosidad del aceite de ricino le hace poco apropiado para las inyecciones intramusculares, lo cual no compensa la ventaja debida á su mayor concentración.

En estos últimos tiempos se han preconizado mucho las disoluciones á baja temperatura, pero la necesidad de esta precaución no es indispensable cuando se evita elevar la del aceite por encima de 120°, temperatura todavía inferior á la en que empiezan á descomponerse los cuerpos grasos.

Leroux da la preferencia al aceite de oliva, de composición más constante que el aceite blanco; ha abandonado el aceite de cacahuet y el aceite de vaselina, que han dado, desde el punto de vista de la solubilidad del bi ioduro de mercurio, resultados inferiores al aceite de oliva.

Como se ve, la dosificación de la solución empleada en el Hôtel Dieu, y que es de 4 miligramos por centímetro cúbico de aceite, puede fácilmente elevarse hasta 8 y 10 miligramos y más aún con el aceite de ricino.

Además, una de las principales ventajas de las inyecciones de aceite de bi-ioduro de mercurio, á la dosis de 4 miligramos por centímetro cúbico, es la de ser más eficaz que todas las demás preparaciones mercuriales, sin producir ninguno de los accidentes á que expone el medicamento absorbido por otras vías, puesto que el mercurio resulta empleado á dosis infinitesimal. Tan cierto es lo expuesto, que cuando para obtener un efecto rápido del bi-ioduro de mercurio se practican dos inyecciones diarias en vez de una, se observan algunos accidentes benignos de salivación ó diarrea. Por tanto, la dosis de 4 miligramos por centímetro cúbico no debe ser traspasada.

II. Caspar ha publicado dos casos muy notables de herida del nervio óptico.

Primer caso. — Se trataba de un hombre de veintitrés años que sufrió una herida con un trozo grande de hierro en el ojo izquierdo.

Este ojo fué violentamente dirigido hacia arriba, y el nervio óptico fué desgarrado en su mitad inferior cerca de la papila, sin que hubiese lesión de los vasos centrales. El campo de la visión fué abolido en toda la mitad superior. Al oftalmoscopio se observaron diversos focos de hemorragia retiniana localizados principalmente cerca de la papila.

Como consecuencia de dichas lesiones, la mitad inferior de la papila se atrofió y excavó de manera que simulaba un coloboma congénito. La parte de campo visual perdido no se recuperó.

Segundo caso. — Hombre de treinta y seis años, que sufrió una herida con un perdigón en la órbita izquierda. Este perdigón lesionó varios músculos del ojo y debió magullar el nervio óptico. La vista, completamente perdida al principio, se recuperó después, llegando hasta la normal, pero persistió por mucho tiempo un escotoma central para el rojo y para el verde. Al oftalmoscopio, el nervio óptico parecía atrofiado. Se trataría probablemente de una hemorragia en la vaina ó en la trama misma del nervio.—(*Archives d'ophtalmologie*, febrero de 1901).

III. Pawel, después de analizar 100 casos de sarcomas de las coroides observados en la Clínica de Halle, y teniendo además en cuenta los trabajos de sus antecesores, ha llegado ó formular las siguientes proposiciones:

De todas las enfermedades oculares, 0'07 por 100 son sarcomas de la úvea. Apenas se conoce un solo caso en que la enfermedad fué bilateral. Los melanosarcomas afectan, sobre todo, las partes posteriores de la úvea, es decir, la coroides, mientras que los leucosarcomas afectan principalmente el cuerpo ciliar.

En general, los leucosarcomas sobrevienen en sujetos jóvenes.

En cuanto á la etiología, no se ha podido demostrar la influencia hereditaria. Hay, sin embargo, una predisposición individual en virtud de la cual el sarcoma ocular se desenvuelve algunas veces en sujetos que presentan otras anomalías pigmentarias ó bien en que el sarcoma se ha desarrollado en una mancha pigmentaria del iris. Las causas ocasionales indicadas por los enfermos han sido principalmente inflamaciones de larga duración de origen traumático.

El valor real de los traumatismos ha sido considerablemente reducido desde los trabajos de Leber y Krahnstöver.

En un caso no reconocido al principio como de sarcoma, se practicó una iridectomía, pero seis semanas más tarde se practicó la enucleación, la cual fué seguida á los ocho días de una irido-ciclitis

plástica muy maligna del otro ojo. Esta oftalmía simpática, complicando un sarcoma, fué, pues, consecutiva á una abertura, es decir, probablemente á una infección exógena del ojo sarcomatoso.

Los casos de sarcomas del iris operados tienen un pronóstico relativamente favorable.

Hubo curación definitiva después de la enucleación de un ojo ya perforado; también se obtuvo en otro caso incipiente en que se practicó la iridectomía con extirpación de la neoplasia.

En 89 casos operados de sarcoma de la coroides ó del cuerpo ciliar, hubo recidiva en el 10 por 100. En general, se puede considerar curado un enfermo de sarcoma de la úvea si no sobreviene recidiva después de los cuatro años. Sin embargo, se ha visto sobrevenir la recidiva local después de los diez años. Es tanto más de temer cuanto más avanzada se encuentra la enfermedad al tiempo de practicar la operación.

Más frecuentes que las recidivas locales son las metastasis del neoplasma en órganos lejanos. Las metastasis se han presentado en el 30 por 100 de los casos observados; y, cosa digna de notarse, estas metastasis son tan frecuentes y aun más después de las operaciones precoces que después de las operaciones tardías. — (*Archives d'ophtalmologie*, de Græfe, 1899).

IV. Mazzoli, de Nápoles, en un trabajo publicado en los *Archivio di ottalmologia*, año 7.°, expone las tentativas hechas por Græfe, Arlt y Wecker por medio de la punción escleral para combatir el desprendimiento de la retina; igualmente expone las de Bowman, que hacía la discisión de la retina con dos agujas, y las de Necker y Cohn, que practicaban el desagüe; en fin, expone los trabajos de Abadie y Galezowski con el fin de obtener una flogosis adhesiva inyectando en la bolsa formada por la retina desprendida algunas gotas del licor de Piazza.

Todas estas intervenciones han sido inútiles ó perjudiciales. La iridectomía, preconizada por Dransart, da algunos resultados, pero escasos y poco duraderos.

Mazzoli pasa después en revista otros medios terapéuticos, como la cauterización ígnea de la esclerótica, la sanguijuela artificial, las inyecciones subconjuntivales ó intratenonianas de sal de cocina (25 á 30 por 100) (Wecker), las inyecciones de solución de cloruro de sodio al 2 por 100 propuestas por Rothmund y practicadas en gran escala por Addario en la Clínica oftalmológica de Palermo con resultados mejores que los obtenidos con todos los demás medios.

Estos resultados han decidido al autor á experimentar este tratamiento. Relata Mazzoli seis observaciones que demuestran que las inyecciones de cloruro de sodio al 2 por 100 han producido constantemente, en el espacio de uno á tres días, una mejoría de la visión con aumento del campo visual. Para explicar la acción de las inyecciones, admite que éstas hacen circular en el ojo una cantidad de cloruro de sodio que al pasar por los exudados provoca cambios histológicos y clínicos que determinan la absorción de dichos exudados.

La acción de las inyecciones se ayudará con el reposo del enfermo, los antiflojísticos y los derivativos.

V. Schiele ha empleado en el tratamiento del tracoma el ácido iódico, la gallicina y la gallicina iodada.

Acido iódico. — Este producto obra principalmente por el desprendimiento de iodo al estado naciente. Es vaso-dilatador, mientras que el nitrato de plata, el sulfato de cobre, etc., son vaso-constrictores.

El autor ha empleado el ácido iódico bajo las siguientes formas:

1.ª El lápiz (ácido iódico, 15 partes, goma arábiga, 1 parte).

2.ª En disolución al 5 por 100. La instilación determina una fuerte quemazón, que dura poco tiempo, con abundante secreción conjuntival. Se puede prescribir, además, una disolución del 1 al 3 por 100 para uso del enfermo. La instilación de ácido iódico puede hacerse preceder de un toque de la conjuntiva con una disolución de ioduro potásico al 6 por 100.

3.ª En pomada al 15 por 100. Esta forma de aplicación es más agradable al enfermo que la instilación.

4.ª En polvo (ácido iódico, 1 parte; iodato de sosa, 5 partes; ácido bórico pulverizado, 100 partes). Estos polvos se colocan en el saco conjuntival y después se practica un ligero masaje.

5.ª En inyecciones subcutáneas en la region temporal. Se inyecta de $^1/_2$ á 1 centímetro cúbico de una solución de iodato de sosa al 10 por 100. Se emplean en las afecciones eczematosas que complican al tracoma, debiendo hacerse las inyecciones cada dos días y cada tres después de la décima.

Gallicina.—Esta substancia, que es el éter metílico del ácido gálico, se emplea en polvo proyectado sobre el fondo del saco conjuntival. Es recomendable en las afecciones eczematosas de la córnea y la conjuntiva, en el tracoma incipiente acompañado de fenómenos irritativos violentos y en el tracoma cicatricial con secreción moco-

purulenta y escozor de los párpados. No es cierto que la gallicina tenga una acción especial sobre el proceso tracomatoso.

Gallicina iodada. — Contiene 23'6 por 100 de iodo y 38'4 por 100 de bismuto. Obra principalmente en los casos de úlceras de la córnea tracomatosas ó eczematosas. Se emplea como la gallicina, pero los fenómenos irritativos violentos que producen contraindican el uso de la gallicina iodada.—(*Archives d'ophtalmologie*, febrero de 1901).

VI. Siegrist publica en los *Archives d'ophtalmologie* de Græfe, 1900, un trabajo acerca de los peligros que tiene para el ojo y para la vida humana la ligadura de las carótidas. Según los experimentos en los animales y los resultados de la compresión de las carótidas en el hombre, el autor cree que la ligadura de la carótida primitiva en un hombre sano no produce desórdenes duraderos en el ojo.

Cierto grado de anemia de la retina, disminución de la tensión ocular y ligera midriasis, son accidentes pasajeros. Dicha proposición es corroborada por algunas ligaduras de esta clase practicadas algunas veces en el hombre para combatir la epilepsia, las neuralgias ó la elefantiasis de la cara.

Si se encuentran, no obstante, consignados como consecuencia de las ligaduras de las carótidas numerosos casos de trastornos visuales graves y aun la ceguera del ojo correspondiente al lado operado, esto depende de circunstancias accesorias independientes de la ligadura misma, tales como las infecciones, lesiones del gran simpático en el momento de la operación, procesos patológicos en el cerebro ó en los vasos cerebrales, etc.

En una de las observaciones del autor — ligadura de la carótida por un carcinoma de la lengua que había producido una gran anemia y peligraba la vida — la vista se perdió el mismo día de la operación y pudo comprobarse el cuadro clínico de la embolia de la arteria central de la retina. La muerte sobrevino siete días después de la operación, y en la autopsia se encontró en la arteria oftálmica un émbolo que había penetrado en la arteria central de la retina y que se había desprendido de un trombus formado en la arteria carótida.

La segunda observación de Siegrist es la de una ligadura de las carótidas interna y externa izquierdas en un hombre de veinticinco años, practicada por una exoftalmía pulsátil traumática, probablemente debida á una ruptura traumática de la carótida interna en el seno cavernoso. Desde el segundo día de la operación, el enfermo se quejaba de una disminución de la visión en el ojo del lado operado y hemiplegia pasajera del lado opuesto. El ojo presentaba los signos

oftalmoscópicos de la embolia de la arteria central de la retina. Era menester suponer en este caso, como en el anterior, una embolia de la arteria central de la retina procedente del aneurisma arterio-venoso, á menos que no se tratase de una trombosis del seno cavernoso considerando que la visión se perdió lentamente después de muchas semanas. En esta observación sobrevino ulteriormente una pigmentación de la retina análoga á la que sigue á la sección de las arterias ciliares.

La arteria oftálmica, origen de las arterias ciliares, estaba probablemente obstruída en este segundo caso; debía también estar obstruída la arteria central, porque, según otras observaciones, la obstrucción del tronco sólo de la oftalmía sería incapaz de producir los síntomas clínicos de la embolia de la arteria central de la retina.

La primera observación de Siegrist es interesante en el sentido de que ha permitido examinar anatómicamente una embolia reciente de la arteria central. En dicho caso existía alteración y destrucción de las células nerviosas de la retina y de las fibras nerviosas. Los granos internos, que otros autores dicen habían desaparecido en casos análogos, estaban intactos.

El aspecto porcelánico de la retina era debido principalmente al edema retiniano y no á una infiltración celular de la retina.

Cuanto á la gravedad de la ligadura para la vida, Siegrist opina que la ligadura de la carótida primitiva, ó bien de la carótida externa y de la carótida interna del mismo lado, no compromete por sí misma la vida. No es peligrosa sino por las complicaciones señaladas más arriba, y que son las mismas que comprometen la visión.

Sin embargo, considerando en conjunto los casos publicados, la muerte sobreviene en el 50 por 100. Siegrist demuestra que los accidentes mortales no son dependientes de la ligadura misma, sino de complicaciones diversas de la enfermedad ó de accidentes acaecidos durante ó después de la operación. De 80 casos seguidos de defunción, en 10 existía una afección cardio-vascular, en 17 edad avanzada, en 15 una anemia muy avanzada, en 16 la causa de la muerte era menos aparente, pero muchos de éstos padecían carcinomas. Otras veces la ligadura parece haber interesado el nervio vago ó el gran simpático.

En suma, la ligadura de la carótida no parece ser peligrosa sino en los casos en que las fuerzas del enfermo han disminuído mucho, sea por tumores malignos, por hemorragias ó afecciones cardíacas

ó vasculares. Esta última circunstancia explica el por qué la edad avanzada agrava mucho el pronóstico.

La exoftalmía pulsátil traumática ó idiopática es casi la única enfermedad del aparato de la visión que reclama la ligadura de la carótida. La muerte no es de temer en la forma traumática ni aun en la idiopática, á condición de que el individuo sea sano desde otros puntos de vista.

Siegrist recomienda con insistencia la ligadura de la carótida en la exoftalmía pulsátil.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 15 *de Abril de* 1901.

Un caso de oclusión intestinal, por estrangulación interna, curado por laparotomía. — El Dr. Bravo (D. A.): Os presento el caso, porque tiene gran importancia como hecho clínico, por la forma que revistió la enfermedad.

Trátase de un enfermo de cincuenta y siete años, de Barcelona, connaturalizado en Madrid, viudo é industrial de profesión y sin antecedentes de familia; desde el año 1860 padece de una hernia inguinal izquierda pequeña; hace ocho meses, después de un acceso de tos fuerte, se le presentó otra del lado derecho, de cuello muy estrecho.

El día 5 de marzo último, sufrió la estrangulación de la hernia derecha, con todos los síntomas consiguientes á esta clase de complicación.

El médico que le vió primero practicó la reducción de la hernia, viendo con sorpresa que no cedían ni los vómitos ni los demás síntomas de estrangulación, á pesar de purgantes y enemas; por el contrario, aumentaban por momentos, agravándose su situación, por lo que le aconsejó su ingreso en el Hospital, como lo verificó el 8 de marzo, tres días después del accidente.

A mi visita, encontré al enfermo con la cara contraída, de una coloración ligeramente amarillenta, vómitos fecaloides frecuentes, el vientre timpanizado y ligeramente doloroso, carencia absoluta de expulsión de gases y materias excrementicias por el ano, y gran ansiedad. En medio de esta situación grave, observé dos síntomas que me hicieron concebir esperanza y decidirme á la intervención: primero que el pulso era poco frecuente y regular y segundo que no tenía fiebre, por lo que conceptué que la estercoremia tan fatal en estos casos, ó no existía, ó era poco intensa. Yo diagnostiqué de estrangulación interna, tal vez por el mismo saco herniario. Lo indudable

era que no había tiempo que perder; en el mismo instante se preparó todo é hice, ayudado por mi querido amigo el Dr. Ortíz de la Torre, la operación siguiente:

Adopté la laparotomía lateral, empezando la incisión sobre el conducto inguinal, en el que no encontré nada anormal, por lo que, prolongando hacia arriba la incisión, é incididos los músculos oblícuos, transverso, aponeurosis y peritoneo, penetré en la cavidad abdominal, encontrando asas intestinales enormemente dilatadas y otras aplastadas como cintas. Hago la exploración manual á la derecha y á la izquierda, y por más que reconocimos, no encontramos la causa de los fenómenos supradichos.

Entre prolongar mucho tiempo la operación y traumatizar inconscientemente el intestino, preferí la evisceración; protejidas las asas intestinales, con servilletas calentadas, conseguí coger un asa que no cedía, por impedirlo un anillo fibroso que la aprisionaba; desbridado éste por cortes de tijera, se dilató el intestino, que por fortuna estaba sano; después de lavado con agua esterilizada y salada, procedí á reducir en la cavidad abdominal el paquete intestinal, acto que no fué tan difícil ni tan peligroso, que no compense sus muchas ventajas. Hice la sutura del peritoneo y músculos con catgut y la de la aponeurosis del oblícuo mayor con seda fina; como apósito, gasa iodofórmica; abundante cantidad de algodón hidrófilo y una espica inguinal doble.

Después de operado reaccionó el enfermo bien, cesaron los vómitos, no hubo fiebre y por la tarde expulsó gases sin dolor; durante los tres primeros días guardó una dieta absoluta; al cuarto se le ordenó 10 gramos de aceite de ricino, que bastaron para vencer la astricción intestinal.

Estos hechos y este enfermo me sugieren algunas ideas que he de exponer.

En las hernias pequeñas y de cuello estrecho, la taxis suele no dar resultados, ó porque no se consigue reducir la hernia y sí traumatizar el intestino, ó porque, si se consigue la reducción, puede ocurrir lo que en este enfermo, que el cuello del saco sigue estrangulando el intestino dentro de la cavidad abdominal, lo que agrava la situación del enfermo. Unicamente en hernias voluminosas y de cuello ancho podrá intentarse con algunas esperanzas de éxito.

En las laparotomías por oclusión interna, cuando no se encuentra pronto y con relativa facilidad, la causa de aquélla, es preferible y menos peligroso hacer la evisceración que facilita la operación y pone de manifiesto la causa de la estrangulación. En los enfermos de estrangulación intestinal, la gravedad depende, tanto de la lesión del intestino, como de la estercoremia.

Las suturas con catgut fueron de mi predilección, por el temor que tengo fundado, en lo que algunas veces me ha ocurrido, á la infección provocada por la seda, y que retarda algo la curación de los operados.

El *Dr. Carrillo y Cubero* felicita al Dr. Bravo por la rapidez de la intervención, pues al tratar de restablecer la circulación intestinal por los purgantes y demás medios que se usan de ordinario, el enfermo hubiera muerto. Se declara francamente intervencionista. Reconoce que la evisceración es más peligrosa, pero en este caso perfectamente empleada. Opta por la sutura con seda, que no es inferior á ninguna otra, y añade que en ninguna de las laparotomías por él practicadas ha usado otro material, sin haber tenido

más de tres infecciones, casi seguidas las tres, y debido á la mala esterilización de la seda.

El Dr. Bravo (D. A.): En los puntos fundamentales ha estado de acuerdo conmigo el Dr. Carrillo, y celebro ir en tan buena compañía. En las suturas he empleado la seda fina con resultados, pero me ha ocurrido en amputados de muslo, curados por primera intención, que al poco tiempo han sufrido dolores y flemoncitos en el muñón, hasta expulsar las ligaduras de seda de los vasos principales.

A cirujanos de grandes vuelos les ha ocurrido lo mismo, y esto no es que me sirva de consuelo, sino que demuestra que suelen ser frecuentes estas consecuencias.

Tratamiento quirúrgico de la apendicitis.—El Dr. Guedea: Decía en la sesión anterior que encontraba tres formas de apendicitis, que por su gravedad podían clasificarse en: 1.°, apendicitis con peritonitis difusa, bien sea séptica ó supurada; 2.°, apendicitis con peritonitis circunscrita, y 3.°, apendicitis con escasos fenómenos peritoníticos. En el grupo primero cree se debe intervenir. En el segundo se debe intervenir como se presuma la supuración y en el tercero cree que debe seguirse un tratamiento oportunista en armonía con los fenómenos clínicos.

Estos son los acuerdos sancionados como doctrina eminentemente clínica y razonable por la cirugía alemana y la cirugía francesa. En el último Congreso de Medicina y sección de Cirugía de la Infancia, celebrado en París, se encargaron de la exposición del tema *Indicaciones terapéuticas en la apendicitis*, personalidades tan reputadas en la materia como Roux y Jalaguier, y fué doctrina muy análoga á la expuesta la que defendieron no con datos escasos, porque el útimo forma juicio después de 360 observaciones. Broca, citado por Jalaguier ha operado en el Hospital Trousseau con criterio operatorio (no clínico) 87 casos y ha tenido 22 muertos, y desde 1896 á 1898, influído por la práctica de Jalaguier 100 con 10 defunciones; Reynier y Duret hacen consideraciones análogas, y Kirmisson al resumir el debate, también se muestra desengañado por la experiencia y poco afecto á la doctrina intervencionista. Precisamente en tal punto hay coincidencia entre la doctrina francesa y la defendida en el 30 Congreso de Cirugía, celebrado recientísimamente en Berlín; en él, los cirujanos alemanes adoptan el criterio de la expectación armada, y Kümmuel nada menos que con 1042 casos de apendicitis.

¿Pero es que esta enfermedad se comporta de distinta manera que las demás para que no se encuentren datos, síntomas en que apoyar las indicaciones? No. El Dr. Guedea cree que hay dos elementos fundamentales de juicio, que ni son exclusivos ni tampoco privados de posible error. Estos son el pulso y la temperatura y la relación entre ambos. Estos son á su entender, los síntomas de más extraordinario valor en casi todas las afecciones quirúrgicas agudas del abdomen. El pulso lleno, y no muy frecuente, permite esperar, sobre todo, cuando la temperatura también está elevada. El pulso pequeño, depresible y frecuente y la temperatura poco elevada, revelan peligros de intoxicación por grandes absorciones peritoneales ó susceptibilidades y escasas resistencias orgánicas. El pulso pequeño y frecuentísimo, y la temperatura á 37° ó por bajo de ella, revela gravedad inmi-

nente y la muerte no debe tardar. Todo el peligro es el colapso, y á un clínico perspicaz y experto, no debe ocultársele este riesgo que revela un organismo mal defendido del ataque infectivo. Por consecuencia, todos aquellos casos de apendicitis que áun sin haber producido peritonitis manifiesta, revelen por el pulso la temperatura ó algunos otros fenómenos peligros desde el principio para su ulterior curso, deben ser operados, y será precisa y lógica la abstención en aquellos en que, interpretando los síntomas dichos, se deduzca, áun con riesgo de algún error, la mejor defensa del organismo.

Recuerda que cuando no tenía experiencia en cirugía abdominal, cuando la apendicitis se llamaba tiflitis, observó un caso con tumoración inflamatoria que, con fomentos calientes antisépticos, se modificó y curó el enfermo. En el caso ya citado aquí por el Dr. Valle, el enfermo fué observado en el sexto día de la afección con fenómenos de peritonitis difusa séptica y amenazas de colapso. Operado por el método de Jalaguier, se extirpó un apéndice de grosor y longitud semejante al dedo indicador de un adulto, y el análisis micrográfico reveló la existencia de gérmenes, especialmente el bacilo coli y algún foco análogo á pequeños abscesos superficiales. Entre las asas intestinales y por varios sitios, salió un líquido sucio blanquecino, ligeramente denso, semejante á caldo, se lavaron la cavidad é inmediaciones y se colocaron desagües.

El enfermo mejoró hasta el punto de creerse curado, infringiendo con esta confianza suicida la dieta prescrita y el reposo, comiendo tortilla y levantándose, á cuyas causas preferentemente atribuye el disertante la muerte, ocasionada al séptimo día de la operación y anunciada por las condiciones del pulso en el día anterior. En este caso no se observó nada que pareciese á cavidad cerrada en el apéndice, constituyendo una de tantas excepciones á la patogenia demasiado absoluta establecida por Dieulafoy.

El Dr. Carrillo y Cubero: Han intervenido médicos y cirujanos en el debate, y cada uno ha dado su opinión, y sin embargo, el asunto está lo mismo que al principio. Yo creo que en esto, como en todas las cosas de la cirugía, hay que ser ante todo un buen clínico, porque la cirugía es el tribunal de apelación.

Yo trataré la cuestión desde un punto de vista nuevo que nadie ha tratado. No hay razón alguna para que una mujer embarazada no pueda pasar una apendicitis. ¿Y qué se hace? ¿Debe operarse? Yo entiendo que la duda, la vacilación, debe desaparecer, porque peligran las vidas de la madre y del feto. Hay un capítulo abierto á la discusión: las apendicitis, salpingitis y anexítis. La cuestión importante aquí es por dónde debe abordarse la operación en las embarazadas; mi opinión es que se haga por encima del ligamento de Poupart.

¿Cómo se diagnostica una apendicitis en un embarazo? Los vómitos y el dolor pueden achacarse á un aborto; pero los vómitos en este caso y los de la preñez son infebriles, y el dolor de la apendicitis aumenta si se pone encima la mano, lo cual no ocurre en el aborto. Debe recurrirse á la anestesia, y si ésta nos deja ver un proceso inflamatorio, debe operarse. Yo no perdería el tiempo en buscar el apéndice; me limitaría á hacer un desagüe para eliminar los líquidos sépticos, teniendo cuidado de disminuir la herida todo

lo posible. El desagüe lo haría con tubos huecos, no con gasas. En casos de obstrucción intestinal haría la laparotomía con ano contranatural en la línea media, y sólo en caso muy favorable haría la resección de los intestinos y la aplicación del botón de Murphy, porque siendo las embarazadas un terreno debilitado, están más predispuestas á la infección.—Dr. Eduardo Toledo.

PERIÓDICOS

Contribución al tratamiento de la peritonitis aguda generalizada.—El doctor Rusca publica en la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, algunas consideraciones con motivo del caso clínico referente á José Sorlí Tena, bracero, de treinta y seis años de edad. Hacía seis semanas, este individuo había recibido una herida penetrante producida por arma blanca en el hipocondrio derecho, á unos 4 centímetros del ombligo. Sobrevino una peritonitis agudísima (según manifestación del facultativo que le asistía); la temperatura alta en el primer momento, el pulso frecuente, el meteorismo abdominal, los vómitos, la parálisis intestinal, etc., evidenciaban la flogosis del peritoneo. Este estado duró varios días, durante los cuales el paciente estuvo en inminente peligro de muerte. Mas, paulatinamente, la lesión de la serosa pareció circunscribirse á una zona tensa y dolorosa limitada al hipocondrio derecho; la temperatura y el pulso se normalizaron y cuatro semanas después el enfermo podía ingerir algunos alimentos sin excesivas molestias. El resultado lo había logrado la naturaleza ayudada por el reposo, el opio y el hielo *intus et extra*.

Así transcurrieron ocho días; el enfermo permanecía en cama porque al intentar algún movimiento, se originaban dolores en el abdomen; el hipocondrio derecho quedaba siempre muy sensible y el estreñimiento era pertinaz. Cumplidos cinco días que el paciente había adandonado el lecho, á pesar de las molestias antes citadas y sobre todo del dolor que experimentaba al estar de pié, de repente, algunos instantes después de haber tomado dos píldoras purgantes, sintió un violento dolor en el abdomen que le obligó á buscar apoyo para no desplomarse al suelo. Subsiguieron al ataque los vómitos y la fiebre.

Al día siguiente el Dr. Rusca vió por primera vez al enfermo: le encontró en un estado de postración extrema; la cara pálida y desencajada, cubierta de sudor frío; las manos plegadas sobre el vientre; las extremidades inferiores encogidas, el abdomen uniformemente tenso por el timpanismo; los vómitos francamente fecaloideos; la respiración anhelosa; el pulso frecuente y la temperatura inferior á la normal. La percusión denotaba una sonoridad exagerada en toda la parte alta del abdomen; la macicez hepática había desaparecido, reemplazada por un timpanismo marcadísimo; en cambio, las fosas ilíacas y fondo de ambos hipocondrios eran macizos y el tacto rectal dejaba percibir, clara, la sensación de almohadilla líquida propia de los derrames pelvianos. Diagnóstico: *peritonitis difusa aguda consecutiva á perforación intestinal probable.*

El Dr. Rusca practicó la operación. En el acto de eterizar al enfermo, el pulso latía á 140; la temperatura había bajado notablemente (36°,2) y los vómitos porráceos se sucedían casi sin interrupcion. Se incindió la línea media en una extensión de 15 centímetros por encima y por debajo del ombligo; la incisión dió salida á una gran cantidad de líquido verdoso, sucio y mal oliente; las asas intestinales delgadas aparecieron congestionadas, sangrando al menor contacto, distendidas y cubiertas de exudados fibrinosos. Destruídas con la mano las adherencias de peritonitis antigua que fusionaban en el hipocondrio derecho, la serosa parietal con las vísceras subyacentes—hígado é intestinos—el Dr. Rusca vió en medio del conglomerado de asas distendidas por la parálisis, un tramo intestinal aplanado, vacío, comprimido debajo de una asa adherente por su borde mesentérico libre al peritoneo pelviano parietal posterior. Liberado el trozo de íleon obstruído por compresión, se hizo cargo de una pequeña perforación—5 á 7 milímetros de diámetro—, situada casi en la unión del mesenterio con el intestino, á unos 3 centímetros de la implantación de la brida. Cerró, atrayendo fuera del abdomen el asa correspondiente, la perforación con dos planos de sutura á la Lembert. Acto seguido practicó la evisceración bajo un chorro continuo de suero artificial á 40° que de antemano tenía preparado. Los intestinos eran recibidos en una servilleta rigurosamente aséptica y recogidos en una palangana previamente esterilizada á la llama de alcohol y llena de líquido salino caliente. Para facilitar la maniobra, acostó al enfermo en decúbito lateral derecho, y así dispuesto todo, lavó extensamente la masa intestinal, renovando tres veces la solución salina del recipiente. Hizo lo propio con la cavidad abdominal vacía; vertió y retiró sucesivamente 8 ó 10 litros de suero que procura hacer penetrar en todos los pliegues y anfractuosidades, esponjando cuidadosamente en último término el líquido hasta la succión completa de la cavidad peritoneal y reintegrando la masa intestinal eviscerada en su continente. El tiempo empleado en esta manipulación no pasó de quince minutos.

Terminado el lavado, el Dr. Rusca procedió al desagüe del peritoneo. En una zona desprovista de vasos en la raíz del mesenterio, con un instrumento romo practicó una abertura de 2 centímetros de diámetro, á través de la cual introdujo un grueso tubo de cautchut fenestrado, prolongado á la derecha y á la izquierda por encima del colon hasta las contraaberturas situadas en puntos diametralmente opuestos en ambos hipocondrios. Desde la cara inferior del hígado por un lado y de la bóveda diafragmática supra-esplénica por otro, siguiendo los espacios comprendidos entre el borde externo del colon y peritoneo parietal, dispuso dos tubos que desembocaban por encima del ligamento de Poupart en su mitad externa, asegurando de este modo el desagüe lateral del abdomen. Por fin, el cuarto y último tubo fué aplicado en el extremo inferior de la incisión abdominal y sumergido hasta el fondo pelviano.

Suturadas en dos capas las paredes del abdomen, propinóse al enfermo por el tubo transmesentérico una abundante inyección de suero con el doble fin de asegurar la permeabilidad del desagüe y de expeler el aire retenido en el peritoneo; acto seguido aplicóse un mullido apósito aséptico y acostó al paciente en una cama dispuesta de modo que el declive obtenido por

la posición elevada de la cabeza, facilitara la salida al exterior del exudado neoformado. Cerró el vientre con dos planos de sutura. El acto operatorio en conjunto había durado treinta y cinco minutos.

Llamó la atención del Dr. Rusca, en primer término, el que, lejos de contribuir á aplanar, como era de temer, al enfermo una intervención llevada á cabo en circunstancias tan desfavorables, el estado general del mismo hubiera visiblemente mejorado : el pulso regular latía 120 veces ; la respiración era menos frecuente y la piel iba tomando calor—37°,3—.Cuatro horas después se produjo un vómito fecaloideo y el enfermo pasó la noche descansando á ratos sin experimentar graves molestias.

Día 8. — Temperatura de la mañana, 37°,8 ; noche, 37'6 ; pulso de la mañana 110 ; noche 108.

La trasudación por los tubos ha sido tan abundante que desde la mañana del día 8 tuvo que renovar el vendaje : el exudado sero-purulento calaba el colchón. Inyección de 1 litro de suero por el tubo transmesentérico. Gradualmente la temperatura y el pulso alcanzaron sus curvas normales ; al terminar el segundo día, 37°,2 y 85 respectivamente.

El Dr. Rusca renovó diariamente el apósito cada vez menos empapado, practicando ligeras inyecciones salinas para mantener expedita la luz de los tubos. El cuarto día, siendo casi nula la exudación, normales la temperatura y el pulso, y habiendo obtenido, previo enema, una evacuación abundante, retiró los desagües y ocluyó sus aberturas externas ; diez y ocho días después del ingreso, nada extraño ha ocurrido.

A propósito de este estudio dice el Dr. Rusca :

«En el número considerable de afectos del abdomen que motivan la intervención quirúrgica, hoy por hoy, la peritonitis generalizada, sea ésta producto de la ruptura en el peritoneo de alguna colección séptica, ó del derrame repentino de líquidos circulantes en el tramo digestivo, es innegable que la infección difusa de la serosa abdominal reviste un carácter de gravedad excepcional que rara vez la terapéutica mejor dirigida logra vencer. La mayoría de enfermos mueren antes que el cirujano haya podido luchar contra la violencia de la intoxicación. Estos casos, frecuentes por desgracia, pertenecen á la categoría de septicemias peritoneales agudísimas, contra las cuales los recursos terapéuticos son de ningún valor. Pero existen otros, y no escasos, de menor virulencia, en los cuales por dudas diagnósticas ó por falta de fé en los medios con que nos brinda la moderna cirugía, el médico ó el cirujano pierden un tiempo precioso y limitan su acción á comentar lo duradero de la agonía en sus enfermos. Recuerdo un caso de ruptura de la corvadura menor del estómago y dos de perforación del duodeno ocurridas en el curso de la exulceración, en los cuales los pacientes resistieron durante tres, cuatro y cinco días respectivamente los embates de la intoxicación. ¿Qué duda cabe que una intervención dirigida á tiempo podía salvar á estos desgraciados?

La única intervención lógica en estos casos es la laparotomía, seguida de la sutura de la perforación y del lavado minucioso del peritoneo, llevado todo ello á cabo cuanto antes y con la mayor rapidez. La incisión de la pared anterior del abdomen ha de ser todo lo extensa que permita abarcar la mayor extensión de peritoneo y descubrir con celeridad los puntos vulnera-

dos. Creo mucho más peligrosa por la pérdida de tiempo y las tracciones á ciegas que supone la evisceración lenta á través de una pequeña abertura, que la evisceración en masa cuando se verifica con las debidas condiciones de limpieza y temperatura. Con una servilleta aséptica sujeta con pinzas hemostáticas á los bordes de la incisión abdominal, se evita el contacto de las vísceras con la piel del enfermo; un chorro continuo de suero artificial, lava los intestinos é impide su enfriamiento, á la vez que pone en descubierto las lesiones intestinales que motivan la intervención. Es curioso notar cómo la evisceración así practicada favorece la respiración. En nuestro caso, el ayudante encargado de la anestesia sorprendió el cambio ocurrido en el ritmo respiratorio del paciente: las inspiraciones, antes cortas y frecuentes, disminuyeron en número y se hicieron más profundas una vez rebajada la tensión intra-abdominal producida por el meteorismo—el diafragma juega con mayor amplitud—. Otro efecto notable que en la narración del acto operatorio hemos apuntado, es la elevación de la presión sanguínea (descenso de las pulsaciones 140 á 120), que atribuímos al cambio de presión intraperitoneal, y tal vez también á la expulsión de materiales tóxicos.

Nosotros, siguiendo la técnica de Bode, hemos mantenido los intestinos en un recipiente de porcelana aséptico, lleno de solución salina caliente, todo el tiempo que hemos invertido en lavar la cavidad abdominal. Creemos que de este modo, se evita con seguridad la deperdición de calor y se obtiene una limpieza más esmerada, máxime si se renueva varias veces el líquido del recipiente. Bode afirma que la temperatura de este *baño-maría* devuelve á los intestinos su perdida contractilidad. Algo parecido ha de ocurrir cuando poco ó ningún trabajo nos costó reintegrarlos en el abdomen y verificar la sutura de la pared á pesar del volumen considerable que la distensión por los gases daba al intestino antes de la irrigación salina.

El lavado de la cavidad peritoneal ha de ser extenso: Bode ha llegado á emplear 30 y hasta 40 litros de suero, esmerándose particularmente en llevar el líquido á todos los repliegues de la serosa—cara inferior del hígado, región esplénica, pelvis, etc.—,cuya forma y situación favorecen la estancación de productos tóxicos.

El desagüe aplicado del modo que hemos descrito, ó modificado según las exigencias de cada caso, cumple la indicación final; asegura desde luego el escape de la serosidad peritoneal que se produce inmediatamente después de la intervención y, por este mecanismo, contribuye al descarte continuado post-operatorio de materia infectante. Las inyecciones de grandes cantidades de suero—cuando el estado del paciente lo exige—practicadas luego por los tubos, cumplen un triple fin:

1.° Arrastran el sero-pus depositado en los tubos é impiden, cuando se practican con frecuencia, la rápida formación de exudados alrededor del desagüe, cuya presencia aisla la luz del tubo de la cavidad peritoneal y hacen las más de las veces ilusorio el desagüe.

2.° Por su acción local la inyección caliente estimula el intestino, activa su contractilidad y favorece las evacuaciones.

3.° Por su fácil reabsorción levanta el tono orgánico y excita el funcionalismo excretor, sobre todo el renal». — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 23 *de Abril de* 1901.

Distocia grave en un útero bicorne.—El Dr. Fochier: Una mujer de treinta y siete años, primípara, ingresó en la Clínica conservando en el útero la cabeza de un feto de seis meses, cuyo cuello había sido arrancado la noche anterior. Todos los esfuerzos de dilatación de un largo conducto cervico-uterino que conducía á la cabeza, fueron inútiles. Fué preciso practicar la operación cesárea, que se limitó á la histerectomía con pedículo externo. El útero era bicorne, pero no globuloso. La placenta y la cabeza ocupaban el cuerno derecho. Lo notable de este ejemplar era el grosor de la musculatura uterina por debajo del sitio de reunión de los dos cuernos. Es un hecho único, pero esta deformación ha sido varias veces causa de retención de la cabeza más ó menos completa, que en casos más ligeros se ha atribuído al anillo de Bandl.

Extracción de los proyectiles alojados en el encéfalo. — Los Dres. Rémy y Peuguier: Vamos á llamar la atención sobre un caso más y sobre un procedimiento nuevo de extracción de proyectiles alojados en la substancia cerebral.

Un hombre se disparó un tiro de revólver en la sien derecha. El efecto inmediato fué nulo. El suicida cayó al suelo, se levantó, miró el revólver, sintió la sangre correr por su mejilla, y persuadido de que el tiro estaba bien dado, se dirigió á pié al hospital. A las pocas semanas se presentaron accidentes graves: trastornos intelectuales, delirio y parálisis facial. Estos fenómenos cedieron, pero fueron sustituídos por crisis epilépticas tan frecuentes, que hicieron pensar en la conveniencia de extraer el proyectil causa de los accidentes.

Fué preciso, ante todo, determinar el sitio del proyectil, lo que se consiguió con el aparato inventado por uno de nosotros (Rémy). Se hallaba situado en la corteza cerebral de la tercera circunvolución frontal ascendente, hacia el pié de la segunda. Se extrajo por medio de la craneotomía, y el colgajo se aplicó de nuevo. La inocuidad de la intervención fué absoluta y los resultados satisfactorios, porque no volvieron á presentarse las crisis epilépticas.

Este caso demuestra la posibilidad, la inocuidad y la utilidad de la operación en el género de accidentes de que se trata.

Aparato que permite á los ciegos escribir fácilmente.—El Dr. Javal: El año anterior, al quedarme ciego, me ocupé en inventar un aparato que me permitiera escribir como cuando veía. El aparato se compone de una plancha provista de una especie de corredera metálica, donde se coloca el codo. Girando en un plano horizontal el antebrazo, hace describir á la plancha un arco de círculo de gran radio, y este arco de círculo da la forma general de la línea de escritura. Si la anchura del papel es moderada, las líneas escritas así son casi

rectas. Otra segunda parte de mi instrumento es una cremallera que sube el papel un centímetro cada vez que el escritor pasa de una línea á otra. Empleo para escribir plumas de recipiente, que creo son preferibles á los lapiceros. Para conocer si la pluma señala ó no, uso una tira de papel análogo al de los copiadores de cartas. Trazo un rasgo en él. Si la pluma señala, humedece el papel, lo que disminuye su resistencia á la rotura. Si el papel se rompe con un pequeño esfuerzo, es señal de que la pluma ha funcionado.

Tratamiento de la lepra por el ictiol. — El Dr. H. de Brun: En el mes de febrero de 1898 administré por vez primera el ictiol al interior en un caso de lepra. La enferma, de veinticuatro años, padecía lepra tuberculosa desde cuatro ó cinco años antes. Aunque empecé administrando dosis pequeñísimas (30 centígramos de ictiol al día en seis píldoras), los resultados fueron notables. A los pocos meses los tubérculos que desfiguraban á la enferma se aplastaron y las nudosidades numerosas que cubrían su cuerpo desaparecieron casi por completo. La rinitis ulceresa mejoró de un modo notable.

Animado por este éxito, administro desde entonces el ictiol á todos los enfermos de lepra, y en muchos casos he obtenido resultados sorprendentes. Este medicamento ejerce, al parecer, una acción electiva sobre la lepra tuberculosa, pero sus efectos son nulos ó casi nulos en la forma nerviosa. Lo he empleado sin éxito en seis casos de lepra anestésica, aunque lo administré á dosis de 2 y 3 gramos diarios.

Nada demuestra mejor la acción electiva del ictiol sobre los lepromas que el caso siguiente de lepra mixta: A los cuatro meses de tratamiento por el ictiol, administrado á la dosis diaria de 1 gramo, que fuí elevando hasta 8 y 10, la rinitis leprosa estaba completamente curada, pero los fenómenos nerviosos persistían con igual intensidad. Este caso prueba además que el ictiol, que Unna recomienda emplear á la dosis de 75 centígramos diarios, puede administrarse sin inconveniente á dosis de 8 y 10 gramos por día. Conviene aumentar la dosis progresivamente, pero puede empezarse por la de 5 gramos.

Cuanto al uso tópico del ictiol, recomendado por algunos autores en la lepra tuberculosa, diré que no he obtenido así ventaja alguna en los lepromas cutáneos ni en las rinitis leprosas.—F. Toledo.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE FRANCIA

9.ª *sesión celebrada en París del* 11 *al* 13 *de Abril de* 1901.

Fibromas estacelados y embarazo.—El Dr. J. Cheron narró los dos casos siguientes:

1.° Una primípara, de treinta y nueve años, padeció fibroma voluminoso de evolución completamente abdominal. Durante el embarazo, muy penoso, fué imposible determinar la posición y presentación del feto. Al octavo mes presentó la enferma fenómenos de estercoremia, que cedieron con los lavatorios intestinales y los purgantes. A las cuarenta y ocho horas de principiar el parto, como la enferma se hallaba extenuada y existían signos de infección amniótica con fiebre, fué preciso practicar la dilatación manual del

cuello y extraer la criatura que se presentaba de nalgas. Persistieron los fenómenos de infección uterina grave, y ocho días después del parto expulsó esta mujer porciones eafaceladas de un fibroma. El tratamiento fué dificilísimo, porque el neoplasma, á causa de su posición, impedía la exploración uterina profunda y el raspado digital. La ablación del útero puerperal estaba contraindicada por el estado grave de la enferma. Esta mujer curó al fin completamente.

2.° La segunda enferma tenía un fibroma del útero del volumen de la cabeza de un feto. Después de un aborto complicado con infección uterina, el fibroma desapareció en parte. La enferma curó después de quince días de desagüe intrauterino y de lavatorios cotidianos.

Obliteración del seno circular: sus efectos sobre la placenta y sobre el feto.—El Dr. X. Delore: Suelen existir en el seno circular de la placenta trombos de origen microbiano, de longitud variable y que obliteran más ó menos completamente este seno. Dichos depósitos son cruóricos, fibrinosos ó esclerosos. Están compuestos de albúmina, de glóbulos rojos y blancos y de fibrina. Como el seno circular es el intermedio entre la circulación uterina y la de los espacios intervillosos, estos depósitos á la vez que estrechan el seno, producen éxtasis sanguíneos en los espacios referidos. En estos casos pueden formarse en los espacios intervillosos depósitos análogos, que alteran las funciones de las vellosidades inmediatas. La consecuencia de la obliteración del seno circular, es primero la atrofia de la placenta y después muchas veces la muerte del feto. Pero éste tolera bastante bien la atrofia placentaria, siempre que conserven sus funciones las dos terceras partes de las vellosidades.

Infecciones umbilicales en el recién nacido.—El Dr. Porack: En ciertos casos, es difícil precisar la causa de la muerte del recién nacido; para los que nacen prematuramente, puede invocarse, en general, la insuficiencia de los órganos; pero para los niños nacidos de término, es lógico invocar las infecciones, cuya puerta de entrada no se conoce siempre. Cuando la puerta de entrada es umbilical, puede seguirse con facilidad la marcha de los fenómenos. He observado varios casos en los que la herida umbilical presentaba signos exteriores ligerísimos, y sin embargo, la autopsia y el examen bacteriológico permitieron atribuir la muerte á una infección hepática, peritoneal, pulmonar ó generalizada, de origen umbilical. ¿Cómo puede demostrarse este origen? Por la existencia de una peritonitis, de lesiones más marcadas en la vena umbilical, de lesiones hepáticas, y por último, por la presencia en el hígado de bacilos idénticos á los que se encuentran en el pulmón y en la vena umbilical. Puede admitirse que la lesión hepática no es de origen intestinal cuando sobreviene á los pocos días después del nacimiento. He podido atribuir un caso de ictericia bronceada que he observado, á la infección umbilical, aunque la siembra de la vena umbilical y del líquido oleoso del peritoneo dieron sólo cultivos de colibacterio; el cordón exhalaba en vida olor fétido.

El Dr. Brindeau: Dada la difusión de todos los microbios, y en particular del estreptococo y del colibacterio en todo el sistema circulatorio después de la muerte, es de necesidad absoluta para conocer la bacteriología de la infección umbilical, obtener muestras de la sangre en vida del enfermo.

En todas las ictericias bronceadas que he observado, sólo en dos me ha sido posible afirmar el origen umbilical.

El Dr. Budin: Todas las observaciones del Dr. Porack se refieren á niños débiles, y además en los niños prematuros, cuya temperatura desciende á 31°, se observan á la autopsia lesiones de degeneración grasosa del hígado de un modo casi constante.

Subida de la leche en una parida que había perdido por completo la mama derecha á consecuencia de una quemadura profunda.—El Dr. Bouchacourt: Una mujer de dieciocho años, que cayó siendo niña al fuego, tenía en vez de la mama derecha, cicatrices fibrosas blancas, en medio de las cuales, era difícil encontrar vestigios de la mamila. Durante el embarazo, estas cicatrices adquirieron un color más subido, se hicieron queloides, á la vez que la glándula mamaria subyacente, que parecía completamente destruída, se hipertrofiaba. Después del parto, la subida de la leche se observó en ambas mamas, aunque la derecha estaba representada únicamente por lóbulos aberrantes, contenidos, al parecer, en el músculo pectoral mayor y sin conducto excretor alguno. Esta mujer lactó perfectamente á su hijo con la mama izquierda; en la derecha, la subida de la leche fué contenida con rapidez por la auto-compresión que ejercieron las bridas cicatriciales.

Agalactia hereditaria en una histérica.—El Dr. Keim: La falta completa de secreción láctea después del parto, es excepcional; es casi siempre secundaria, y se observa durante la lactancia. He observado una mujer de treinta y tres años que había tenido siete partos de término, dos prematuros y dos abortos. Desde los quince años, y á causa de una emoción, padecía ataques de histerismo, que persistían durante el embarazo. La menstruación era regular, aunque esta individua presentaba estigmas histéricos numerosos. En ninguno de sus embarazos había tenido aumento de volumen de las mamas ni subida de la leche después del parto. Las mamas eran normales, aunque estaban poco desarrolladas. La madre de esta mujer tuvo seis embarazos, pero jamás subida de la leche. Era diabética.

Persistencia anormal de la secreción láctea en dos mujeres que padecieron amenorrea durante varios meses.—El Dr. Schwbab: En la primera mujer el parto terminó por la basiotripsia. La subida de la leche se presentó al quinto día, y por espacio de tres meses, la secreción láctea fué abundante; terminó al presentarse la menstruación. Gottschalk ha observado un caso análogo, y descrito la atrofia uterina por superlactancia, á la que atribuye un pronóstico grave, desde el punto de vista funcional; el útero llegó á tener el volumen de una nuez. Frommel ha referido un caso análogo, y otro Thorn. Este último autor dice que la atrofia uterina es fisiológica en las nodrizas.

El Dr. Brondel: He referido en la Sociedad Obstétrica de París un caso de superinvolución uterina consecutiva á la persistencia de la secreción láctea durante quince meses, en una mujer que no había lactado. La causa de este fenómeno, no es, por lo tanto, la excitación de la mamila.

Algunos accidentes consecutivos á las fracturas del frontal en el feto. — El Dr. Commandeur: En el primero de los dos casos que he observado, la criatura, extraída con el forceps, presentaba un hundimiento del frontal derecho que no produjo accidente alguno durante tres semanas; pasado este tiempo tuvo crisis convulsivas de la cara que tardaron poco en generalizar-

se y en ocasionar la muerte. Este caso induce á aconsejar la intervención cruenta y la elevación de los fragmentos con ó sin extirpación de la rodaja ósea cuando los fenómenos convulsivos se presentan y generalizan. En la segunda observación se trataba de un niño, extraído también con forceps, que presentaba una fractura del frontal con fragmentos móviles y fenómenos oculo-orbitarios constituídos por oftalmía temporal, supresión del reflejo de la córnea y opacidad grandísima de esta membrana. Estos fenómenos pueden explicarse por cierto grado de compresión de la base del cráneo que origina la estrechez de la hendidura esfenoidal con compresión de la vena oftálmica y de las ramas del oftálmico de Willis. Puede explicar también ciertos casos de congestión y de hemorragia meníngea por compresión de las venas yugulares en el agujero rasgado posterior.

Valor del suero de Marmoreck en la infección puerperal. — El Dr. Lop : He tratado por el suero de Marmorck 5 enfermas en plena infección uterina, y creo que este método es inofensivo en absoluto y eficaz. Le aconsejo como profiláctico, pero á condición de limpiar la cavidad uterina, operación que se impone y que debe practicarse siempre.

Gangrena de los miembros inferiores durante el puerperio.—El Dr. Andérodias : Este estudio le fundo en 23 observaciones, 2 de ellas personales, que prueban que esta afección es uno de los accidentes más graves del puerperio. Desde el punto de vista etiológico y patógeno la gangrena de los miembros inferiores durante el período puerperal cuenta siempre entre sus antecedentes la infección y todas las circunstancias que la favorecen (albuminuria, hemorragia, aborto, intervención obstétrica).

Es preciso distinguir dos grupos principales entre las variedades anatómicas de esta afección :

1.° Las gangrenas de origen arterial que resultan de una embolia cardíaca ó de una endarteritis obliterante primitiva (una y otra son de origen infeccioso y casi siempre de naturaleza estreptocócica);

2.° Las gangrenas de origen venoso que son aún muy discutidas. Mis exámenes anatómicos me han demostrado la realidad de esta patogenia en ciertos casos : todas las venas estaban afectadas de trombosis y las arterias se hallaban sanas. La gangrena en estos casos es siempre húmeda; sólo se produce cuando el éxtasis sanguíneo es bastante completo para privar á los elementos de los tejidos de los principios que necesitan.

En ciertos casos he observado en el puerperio la gangrena simétrica de las extremidades (enfermedad de Raynaud).

El pronóstico es siempre grave : en 3 casos de gangrena de origen arterial hubo 3 muertes, y en 12 de gangrena venosa sólo 7. Pronóstico general, 56 por 100 de mortalidad. La curación sólo se obtuvo por la amputación, practicada en los casos de gangrena arterial en cuanto se formó el surco de eliminación. La amputación está contraindicada en la gangrena venosa.

Albúmina gravídica recidivante. — El Dr. Fabre : Depaul, Budin, Vinay y otros autores han referido casos de albuminuria que se manifiesta en varios embarazos sucesivos, y en cambio fuera del período de gestación es la orina normal. He observado 2 casos de este género. En el primero la enferma tuvo 3 embarazos que terminaron por la muerte del feto. En el segundo, de 7 embarazos, 5 terminaron por la muerte de la criatura ; en los otros 2 á la apa-

rición de la albuminuria, siempre tardía, se provocó el parto prematuro y nacieron vivos los niños. En estos casos había una lesión de la caduca que estaba engrosada y sembrada de pequeños quistes sanguíneos; existía además infiltración de leucocitos en el tejido de dicha membrana. Creo que se trata de una lesión primitiva del huevo que obra sobre el filtro renal por el intermedio de una substancia tóxica segregada en la caduca y sobre el feto por disminución progresiva del campo de la hematosis. El tratamiento profiláctico consiste en modificar, por medio de tópicos, la mucosa uterina después del parto. Durante el embarazo el parto prematuro, cuando el feto es viable, permite evitar su muerte.

Enterocolitis muco-membranosa y embarazo. — El Dr. Thoyer-Rozat: He observado un caso de enterocolitis muco-membranosa en el séptimo mes del embarazo que estuvo á punto de provocar el parto prematuro. El diagnóstico de la causa de éste fué dificilísimo, porque la enterocolitis no produjo síntoma alguno hasta la aparición de las contracciones uterinas; veinticuatro horas después de presentarse éstas se observó que además de la zona uterina dolorosa, únicamente en el momento de las contracciones, existía otra siempre dolorosa y que correspondía á la región del colon. Se administró un purgante que produjo una evacuación abundante muco-membranosa, seguida de otras varias; gracias á este tratamiento el peligro de parto prematuro desapareció con rapidez y la enteritis curó en ocho días. Este caso demuestra que durante el embarazo las afecciones intestinales son causa de errores de diagnóstico y de accidentes. Merece de preferencia llamar la atención la absorción de toxinas constante en la diarrea que va acompañada siempre de putrefacciones intestinales, absorción que se eleva al máximum de rapidez y de intensidad en la enterocolitis muco-membranosa que exfolia en parte la mucosa y deja al descubierto los capilares. — F. Toledo.

(Concluirá).

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesiones de los días 8 *y* 22 *de Febrero de* 1901.

Afección rara de la vulva. — El *Dr. Strassmann* refiere que una mujer de treinta y ocho años, que había sufrido durante mucho tiempo una afección tuberculosa en ambos oídos, luego un lupus en el cuello, una afección tuberculosa en el ano y la vejiga y todavía tiene tuberculosis pulmonar, se presentó en la policlínica con granos particulares en la vulva que habían sido tratados ya en otros sitios, curándose pasajeramente, pero volviendo pronto á brotar. Una excisión exploratoria se hizo en agosto de 1900 con inoculación en cobayas, pero el resultado fué negativo; lo mismo sucedió con la investigación microscópica del contenido de los granos. Los dolores continuos que hacían necesario el uso de dormitivos, indujo á Strassmann á extirpar la vulva que estaba completamente cubierta de tales granos. La investigación de las partes extirpadas, no hizo descubrir células gigantes ni bacilos. Después de tres semanas de estar buena y dormir bien, sobrevino una recidiva que todavía per-

siste. El ácido láctico produjo alivio transitorio y ahora se va á ensayar la galvanocáustica.

Tales afecciones cutáneas se han observado varias veces en otras partes, pero en la vulva parece que no se presentan acompañando la tuberculosis de otros órganos y son debidas á las toxinas de los bacilos tuberculosos, llamándolas Hallopeau toxi-tubercúlides. Son una afección paratuberculosa como el lupus eritematoso y otros. Microscópicamente, encuéntranse tiras de células pequeñas siguiendo los vasos, acumulación en puntos en que hay glándulas sebáceas, necrosis de la capa superior, después de cuyo desprendimiento se ve una pequeña úlcera que más tarde se cicatriza. El nombre más apropiado de la afección en el caso presente, será *foliculitis acneiforme necrosante paratuberculosa de la vulva*. En las nalgas se han observado erupciones parecidas, formando hileras verticales simétricas. Después de inyecciones de tuberculina, no se ha observado ninguna afección cutánea parecida. El tratamiento ha de ser local, pero teniendo en cuenta la afección tuberculosa general.

Tuberculosis del tejido conjuntivo subcutáneo. — *El profesor Olshausen* presenta á una joven de dieciocho años, á la cual había extirpado un tumor ovárico de considerable bulto, singular forma y contenido barroso; con el microscopio se descubrieron en el tumor tubérculos con bacilos. Mientras la parte profunda de la incisión abdominal se curó por primera intención, desarrollóse una supuración subcutánea que resultó ser tuberculosa. Olshausen ha visto muchas veces, después de operaciones de peritonitis tuberculosa, producirse tuberculosis supurativa de las cubiertas abdominales, distinguiéndose de las demás supuraciones por su aspecto particular. En uno de estos casos se logró comprobar microscópicamente la índole tuberculosa de la supuración.

Inversión completa del útero. — *El profesor Olshausen* presenta á otra joven de dieciocho años, afectada de inversión completa del útero sin que se descubra tumor alguno en la pared del órgano, ni otra causa del fenómeno, quedando la etiología del todo obscura.

Feto enorme.—El *Dr. Wolff* presenta un feto de desarrollo extraordinario, procedente del 15.° parto de una mujer de cuarenta y tres años. Es un feto varón de 63 cm de largo, 39 de circunferencia cefálica y 5.480 g de peso. El corazón pesa 46 g como si fuese de un niño de dieciocho meses. Contrasta de un modo chocante con el desarrollo enorme de los demás órganos, la pequeñez del *tiroides* y del *timo*.

Dermoide con perforación de la vejiga. — El *Dr. Saniter* refiere que en diciembre próximo pasado, el profesor Olshausen laparotomizó á una mujer de cincuenta y dos años habiendo diagnosticado, tras la exploración cistoscópica, un dermoide penetrado en la vejiga. La masa inmóvil del tumor alcanzaba hasta el ombligo. En la orina sacada con la sonda flotaban grandes lunas de grasa. Mediante el cistoscopio se veía en la cúspide del tumor, una chapita encarnada cubierta como de granulaciones. En medio de esta chapa se distinguía la pequeña abertura fistular de la cual, sobre todo al comprimir el vientre, salían lentamente lunas de grasa que en seguida subían al punto más elevado de la vejiga. Saniter hizo tomar una röntgenografía en la esperanza de descubrir huesos y dientes; pero los tumores de los cuales el mayor comunicaba con la vejiga, no contenían más que un hueso de 3 cm de largo, siendo lo demás grasa y pelos; estos resultan señalados por una sombra obscura.

La operación fué difícil por las numerosas adherencias; un pequeño desgarro del intestino hubo de suturarse; la fístula vesico-tumoral fué refrescada en forma de óvalo, suturándose la vejiga. Se formó un absceso comunicando por un lado con el intestino y por el otro con la vejiga, abriéndose afuera á los seis días y curándose luego completamente.

Carcinoma inoperable.—El *Dr. Mackenrodt* presenta dos casos que había operado á pesar de que otros los habían declarado inoperables por estar complicados con ciática carcinomatosa. En ambos casos había metastasis de los ligamentos anchos y en uno el ureter estaba implicado en la extensión de 7 centímetros que hubieron de cortarse. La paciente de este caso, está sana desde hace tres años y medio y acaba de casarse; el otro caso se operó hace solamente seis semanas; en ambos la ciática desapareció definitivamente después de la operación. Los casos en que es posible evacuar los focos ganglionares, no deben excluirse sistemáticamente de la operación á causa de la ciática y de la suposición de una metastasis ganglionar, pues Mackenrodt tiene varios casos que continúan sanos desde hace cinco años; es verdad que otros casos han recidivado. Según sus investigaciones, la ciática depende muchas veces de una linfangitis, la cual, aunque debida á las toxinas de las células cancerosas, no es específicamente carcinomatosa y por esto no puede considerarse como contraindicación. Los casos en que la ciática es provocada realmente por propagación del carcinoma, pueden distinguirse de los linfangíticos.

(*Centralblatt für Gynäkologie*). — G. Sentiñón.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 22 de Marzo de 1901.

Diagnóstico etiologo-bacteriológico. — El Dr. Neusser: Aunque son muchos los progresos de la medicina y grande la importancia de la anatomía patológica, y á pesar de que en algunas cuestiones, como las relativas á la tuberculosis y á la fiebre tifoidea, nos ha proporcionado los principios fundamentales en que se apoyan nuestras ideas modernas, es lo cierto que no puede ostentar resultados decisivos en el dominio especial del estudio etiológico de las enfermedades. Estaba reservado á la bacteriología con sus métodos sencillos averiguar el factor etiológico que hasta entonces se había sustraído á toda investigación y someterlo á una crítica experimental. La bacteriología ha agrupado en el concepto etiológico enfermedades que la anatomía patológica mantenía separadas, demostrando así que la tendencia localizadora anatomo-morfológica no puede considerarse como el grado más elevado en la elaboración de las doctrinas médicas. Debemos reconocer, por lo tanto, en la bacteriología una categoría más elevada de conocimientos científicos y considerarla como la época etiológica propiamente dicha, y por consiguiente, como una nueva era en la historia de la medicina.

La bacteriología ha enseñado que los procesos pulmonares crónicos que en la era física del diagnóstico se habían encerrado en el cuadro de la tisis pulmonar, pueden tener diferente etiología. De ese modo se hizo posible dife-

renciar á la misma cabecera del enfermo, y con métodos bastante sencillos, la tuberculosis, la actinomicosis, la aspergilosis y la estreptotricosis.

Por otra parte, ha revelado la bacteriología que procesos de diferente aspecto clínico presentan la misma etiología. El forúnculo cutáneo, ciertas formas de endocarditis, meningitis, mielitis, colangitis, abscesos tonsilares, osteomielitis, abscesos pulmonares y diferentes enfermedades contagiosas que se observan en el niño, como el impétigo, la conjuntivitis pseudomembranosa y la vulvovaginitis, han resultado ser infecciones idénticas etiológicamente y debidas á estafilococos. Algunas formas primitivas de pleuresía, peritonitis, enteritis, otitis, conjuntivitis, miliaria de la piel, artritis, osteítis, periostitis y miositis, han tenido que ser comprendidas bajo una denominación común; otras, en cambio, ha habido que calificarlas de estreptococias. En otros casos, grupos que antes se mantenían del todo separados, tanto en el diagnóstico como en el pronóstico, como sucede con el catarro, el crup y la difteria, fué necesario agruparlos bajo una identidad etiológicamente común cuando se demostró en todos ellos la existencia del bacilo diftérico.

La bacteriología proporcionó nuevos medios de investigación á la observación clínica, con la demostración microscópica directa y el empleo de los cultivos. Gracias á estos procedimientos, además de confirmar la existencia ya conocida de pneumococias, estreptococias y estreptotricosis, la de nuevas infecciones, como anginas producidas por leptothrix y por tetrágenos, las cuales suelen presentarse como anginas foliculares, y son á menudo punto de partida de lesiones secundarias de la pleura y del pericardio, también se averiguó de este modo la existencia de sacaromicosis que producen tumores de granulación crónicos, metastásicos y parecidos á los sarcomas. Gracias á estos nuevos métodos de investigación, se consiguió diagnosticar por los datos bacteriológicos ciertas formas atípicas de grippe que no presentan síntomas bien manifiestos, ó combinaciones de grippe y de tuberculosis.

En la cuestión de la tuberculosis, la bacteriología ha venido á apoyar de nuevo las ideas dualistas, demostrando con la distinción entre la tuberculosis simple y la complicada, que si bien es cierto que la caseificación puede ser producida exclusivamente por el bacilo tuberculoso, el concepto bacteriológico de la infección pura coincide casi siempre en el sentido anatomo-patológico con el de la tuberculosis miliar y el de la infección mixta con el de la pneumonía caseosa y el de la forma ulcerosa de la tuberculosis.

Aun en los casos en que no da resultado el examen microscópico directo, suministra la bacteriología una sustitución con el empleo de la tuberculina, el cual no es de desdeñar cuando se trata, v. gr., de comprobar la curación definitiva del lupus ó de establecer el diagnóstico seguro de su forma ulcerosa.

Entre los métodos de valor positivo que deben su origen á la bacteriología, hay que mencionar el suero-diagnóstico, cuyo principio radica en las modificaciones antibacteriológicas de la sangre. Así se creó el método Gruber-Widal, que en la actualidad casi desempeña el mismo papel que la demostración del bacilo tuberculoso en los esputos. Con el auxilio de esta reacción se diagnostican ciertas afecciones raras, v. gr., la fiebre de Malta. En otros casos se comprobó la existencia de la aglutinación, aun tratándose de una infección grave producida por el proteo ó el bacilo piociánico. En la colibacilosis se ha visto que en ciertas formas de gastro enteritis se aglutina el bacte-

rium coli cultivado con materiales procedentes de las deposiciones. Un bacilo procedente del absceso de un saco herniario, parecido al del colon y cultivado después, se aglutinó con una disolución al 1 por 100, y otra variedad de bacterium coli procedente de un absceso del cuerpo tiroides, también se aglutinó con mucha energía.

Prescindiendo de los fenómenos que se relacionan directamente con la biología de las bacterias, también tienen importancia diagnóstica los fenómenos indirectos de reacción, y en primer término, las alteraciones morfológicas de la sangre que se presentan después de ciertas infecciones bacterianas y en la declinación de las mismas. En este sentido hay que mencionar el aumento de los leucocitos polinucleados y de la red de fibrina, la disminución de células eosinófilas en la sangre y la falta de cloruros en la orina como datos á favor de una infección pneumocócica, sea cualquiera su localización (pulmones, meninges cerebrales, conductos biliares, etc.). La disminución de leucocitos á pesar de haber fiebre y la de la red de fibrina, combinada con la reacción de Widal, revelan la existencia de una infección tífica. La reacción diazoica en los casos de tisis pulmonar indica una infección mixta con diplococos, puesto que falta dicha reacción en los casos de tuberculosis miliar sin infección mixta. La coexistencia de acetonuria é hidrofobia la he podido utilizar en dos casos como dato para establecer el diagnóstico diferencial de la rabia respecto á la diabetes.

Uno de los mayores servicios de la bacteriología, consiste en haber ilustrado la patogenia de muchas enfermedades de un modo completamente nuevo. Así ha demostrado que la difteria, el tétanos y la peste, son enfermedades locales, y que la afección general hay que atribuirla á un veneno elaborado en el mismo punto de la lesión local. Son también de gran alcance el conocimiento de las infecciones mixtas, de la simbiosis de varios microbios, v. gr., el grippal con el proteus, el de este último con el diftérico, el del colon con el proteus y otros agentes piógenos; también tienen mucha importancia las infecciones secundarias del bacterium coli y de los estreptococos en la fiebre tifoidea, siendo de notar que la virulencia del primero se exalta muchísimo con la tifotoxina. Para que puedan vivir muchas bacterias, es precisa la simbiosis de éstas con otras; así, el bacilo del edema y el tetánico, que son anaerobios, sólo pueden prosperar cuando existen al mismo tiempo otros microbios, tales como el bacilo carbuncoso, que consumen el oxígeno del medio en que se hallan colocados.

Es evidente que los progresos que debe el arte del diagnóstico á la bacteriología, habrán de trascender al pronóstico, y permitirán precisar mejor ciertas indicaciones terapéuticas. El mejor ejemplo de esto nos lo proporciona el empiema pleural. Así como en el empiema producido por pneumococos se observan á veces curaciones espontáneas, y por lo menos son frecuentes los casos en que basta una simple punción para curar la enfermedad, en los empiemas debidos al estreptococo se necesita casi siempre apelar á la toracotomía y aun á la resección costal extensa en algunos casos. De igual manera el hecho de haber hallado bacilos tuberculosos en el líquido, extraído por punción, de un empiema, indica la conducta terapéutica que se debe seguir, y en la mayoría de los casos nos obligará á renunciar á la operación del empiema.

Con todo lo dicho, no quiero que se me crea inclinado á menospreciar el

estudio de la anatomía patológica. Con el diagnóstico fundado exclusivamente en la bacteriología, nos exponemos á caer en el error, y por lo tanto, el clínico está en el deber de utilizar tanto los datos que proporciona el estudio de las bacterias, como los que se obtienen con la investigación anatomo-patológica.

R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

La urea en la tuberculosis pulmonar. — Un médico inglés, el Dr. Harper, administra con éxito en los tísicos la urea pura, á la dosis de 1'30 gramos tres ó cuatro veces por día. Con esta medicación, la fiebre desaparece, el estado general y las lesiones pulmonares mejoran, y el número de bacilos disminuye en los esputos. Cree el Dr. Harper que los artríticos son refractarios á la tuberculosis, porque sus tejidos contienen urea y uratos en exceso. La acción favorable de la administración de carne en los tuberculosos, se explica por el aumento de urea y uratos que produce. Fundándose en estos datos, emplea la urea en los tísicos, y los resultados obtenidos han confirmado sus previsiones. Además de la urea, recomienda á dichos enfermos la carne y otros alimentos abundantes en uratos, por ejemplo, la nucleína, los riñones y los huevos.—(*The Lancet*).—F. TOLEDO.

Posología de la morfina en los ancianos. — El Dr. Tausek resume los resultados de su experiencia acerca de la administración de la morfina y del opio en los ancianos en las siguientes conclusiones:

Los ancianos presentan cierta idiosincrasia contra el opio y la morfina, observándose esta particularidad en igual grado en el hombre que en la mujer.

Esta idiosincrasia falta en los ancianos que ya han sido tratados una vez con la morfina ó con el opio.

La idiosincrasia en cuestión se revela después de dosis normales ó de dosis pequeñas de morfina ó de opio, por un grado ligero de morfinismo agudo que no se presenta con la gravedad y el peligro que en los niños.

La administración de morfina ó de opio por muy poco tiempo no ocasiona morfinismo crónico, ni en su caso, exacerbación en los síntomas de un morfinismo ya existente, sino que determina una tolerancia respecto á estos medios.

En los ancianos cuyas condiciones fisiológicas no se conocen bien, comienza el autor el tratamiento opiado ó mórfico si es necesario en la primera ocasión que se presente sólo con dosis pequeñas, y aplaza todo lo posible el empleo subcutáneo de la morfina hasta conocer bien cómo reacciona el organismo respectivo al empleo de este medicamento.

(*Ungar. med. Presse*).—R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CIRUGÍA DEL RECTO

POR EL DOCTOR

DON RAMÓN MARTÍN GIL

Director del Hospital *Noble*, de Málaga.

Cada día es objeto de mayor atención el estudio de las enfermedades del recto. Se editan libros especiales; la prensa profesional publica frecuentemente importantes artículos sobre enfermedades de este órgano; las obras modernas de cirugía general dedican extensos capítulos al gran número de afecciones que se padecen en el recto, y se celebran Congresos para dilucidar tantas cuestiones y exponer la perfección en las técnicas de las operaciones que se realizan en proctología (1).

Sin que por nadie se crea que deba constituir una especialidad el conocimiento acabado de las enfermedades del recto, como algunos han pretendido, es lo cierto que su patología es muy extensa, y que los tratamientos son muy determinados y no bastante conocidos para que haya necesidad de generalizarlos, contribuyendo á la perfección de esta parte de la cirugía, hasta ahora poco estudiada.

Como vamos á ocuparnos de las enfermedades que necesitan tratamientos cruentos, para conocer bien la región en que radican, empezaremos por referir algo de su anatomía, que tanto se ha de tener en cuenta en todas las operaciones.

Tiene el recto una extensión media de 18 á 20 centímetros (2), de

(1) La *American Proctological Society* celebró su segunda sesión anual en Washington, en mayo de 1900.

(2) Sappey dice que el recto tiene una longitud de 18 á 22 centímetros; Tillaux, de 20 á 25 centímetros; Allingham, de 6 á 8 pulgadas; Trevers, de 8 pulgadas inglesas.

los cuales los 10 superiores están comprendidos dentro del peritoneo, más por la parte anterior y las laterales que por la posterior.

Cuando la vejiga de la orina ó el recto están muy dilatados, el repliegue recto-vesical se eleva, dejando mayor extensión de esta parte del tubo digestivo sin recubrir por la serosa. La porción que no reviste el peritoneo está rodeada de tejido areolar, excepto por detrás, que está adherido al sacro y al coxis.

Por delante se relaciona con el trígono vesical, las vesículas seminales, la próstata y la porción membranosa de la uretra, por debajo en el hombre, y en la mujer, con el útero. Por los lados, con los músculos elevadores del ano, que lo abrazan, así como el esfínter interno, que lo rodea firmemente á unos 2 centímetros del ano y un poco más de 1 centímetro hacia arriba, en el intestino. Termina el recto en el músculo esfínter externo.

Tiene un meso-recto considerable, y su extensión se comprende desde la tercera vértebra sacra hasta el coxis. Por lo grueso de sus capas musculares es susceptible de dilatarse hasta las dimensiones de un coco de Indias.

De los músculos, el que importa conocer es el elevador del ano, el cual Harrison Cripps demostró que tiene un borde bien pronunciado, que cruza el intestino casi transversalmente, á 4 ó 5 centímetros del ano, por encima del esfínter interno.

Los otros músculos, como el transverso del periné; las capas distintas del recto, muy iguales á las de todo el tubo digestivo, excepto las musculares más gruesas y potentes; la figura del recto, si es más ó menos curva doblemente; las grandes dilataciones que de ordinario sufre; sus repliegues y válvulas de Houston; las columnas de Glisson ó de Morgagni, y las posiciones diferentes en que se le encuentra, no exigen un estudio detenido, porque no tienen importancia y valor para la índole de nuestro trabajo, ni tampoco son de aplicación á la cirugía operatoria. El que quiera ampliar estos conocimientos de anatomía, podrá encontrar *in extenso* lo mucho bueno que se ha observado, y lo no menos que se ha afirmado y negado, en las buenas obras, desde Sappey y Tillaux, hasta los tratados de enfermedades del recto, el más extenso en anatomía el de D. H. Goodsall, de Londres, publicado recientemente (1).

Las arterias que riegan el recto penetran por entre las hojas del mesenterio, como acontece con todo el intestino; son la hemorroidal inferior y la hemorroidal media, procedentes de la ilíaca externa,

(1) *Diseases of the Anus and Rectum*, 1900.

cuyos vasos por su poco calibre, carecen de importancia y se distribuyen por la parte inferior del recto. La arteria hemorroidal superior es la que importa al cirujano conocer, por su gran volumen y la dirección en que conviene cortarla. Baja por detrás del recto, un poco á la izquierda de la línea media, y se bifurca en sus ramas terminales, á los 5 ó 6 centímetros del ano.

Richard Quain ha hecho una descripción muy perfecta de las arterias del recto, y dice que «estos vasos atraviesan la capa muscular á alturas diferentes del recto, descienden paralelamente, se anastomosan entre sí y quedan muy libres, pero unidos cerca del orificio, donde terminan formando grandes dilataciones».

Tal situación debe tenerla el cirujano muy en cuenta, porque si se incinde el recto en sentido de su eje, la hemorragia es insignificante; pero si se corta en dirección transversal, entonces la hemorragia es copiosa y se necesita de una difícil hemostasis. Del mismo modo se explica el hecho de que no sean demasiado grandes las hemorragias cuando se está separando el recto del tejido conjuntivo que lo envuelve, porque los vasos van, como hemos dicho, por el interior de las capas del intestino.

Las venas están dispuestas en tres grupos, como las arterias, á las que siguen íntimamente hasta comunicar con toda libertad en el plexo hemorroidal, en la parte inferior del intestino. La vena hemorroidal superior procede de la mesentérica inferior y se une al sistema de la vena porta, que como todas estas venas carece de válvulas. Penetra directamente por la capa muscular del recto y se divide en cinco ó seis ramas gruesas, continuando con la vena mesentérica interna.

Las venas hemorroidales medias y las inferiores ó externas, están formando otro plexo en relación con el anterior, y se unen, las unas, á las ilíacas internas, y las otras, á las pudendas internas. Puede decirse que siguen muy íntimamente la dirección de las arterias, hasta unos 6 centímetros hacia arriba del ano, entre las capas mucosa y muscular, hasta que perforan esta última, y continúan por fuera del intestino.

Los vasos linfáticos no tienen importancia en las operaciones, pero es bueno saber que en determinados casos originan síntomas anatómicos, por así decirlo; tales son los que producen las fisuras y úlceras del ano, que suelen afectar los ganglios de la ingle, y en el cáncer del recto, los pelvianos y lumbares, por las comunicaciones que con estas regiones existen.

Los nervios de esta región son muy numerosos é importantes para la fisiología, pero no tiene alcance alguno su descripción bajo el aspecto quirúrgico de que tratamos.

ABSCESOS DEL ANO Y DEL RECTO

Tan antiguo es el conocimiento de estas enfermedades, como numerosas las clasificaciones, según el sitio donde radican y la extensión del tejido que comprenden. Unos son abscesos superficiales, formados por los folículos sebáceos de las márgenes del ano; otros se desarrollan en el tejido celular subcutáneo y llegan á interesar el tejido celular del espacio inferior pelvi-rectal, y otros se forman en el tejido conectivo flojo peri-rectal, por encima del esfínter interno, que son los flemones y abscesos del espacio pelvi-rectal superior.

Los abscesos superficiales del ano se producen por muchas causas: contusiones, rozaduras, secreciones sépticas del ano y de la vagina, impresiones de frío y de calor, los oxiuros, etc., etc. Yo creo que todas estas causas y muchas más se pueden condensar casi siempre en una: la falta de limpieza tan escrupulosa y diaria, como el sitio sucio de continuo reclama.

En general, la gente no tiene el hábito de este aseo, y en casi todos los abscesos que he tratado, los he visto en aquellas personas que, aun llamándose limpias, todavía no han llegado á ser tan escrupulosas como las contingencias á la sepsis de esa región exige.

Las materias retenidas en el recto (coprostasis) y los cuerpos extraños pueden romper la mucosa y dejar paso á los excrementos, produciendo un flemon séptico, que casi siempre forma una fístula.

Todavía hay algunos abscesos que pueden presentarse en individuos débiles ó tuberculosos, y aunque mayor importancia se les ha venido dando á estos últimos, desde los tiempos de Bordeu y Grissolle, es lo cierto que actalmente no se le concede más que la racional de cuando se produce una ulceración tuberculosa cutánea del ano ó de tubérculos de toda esta región.

Al tratar de las fístulas del ano, con cuya afección se une más particularmente la idea de ser peculiar de los tuberculosos, hablaremos de las coincidencias de estas dos enfermedades y de la conducta que se debe seguir.

Los abscesos isquiáticos se producen también por rectitis crónica — posiblemente específica — estenosis, ulceraciones simples, hemorroides superficiales inflamadas, ó internas que se hayan estrangu-

lado, y los tumores que se forman en el ano y el recto. Por último, las inflamaciones de la próstata, de las vesículas seminales, la caries del coxis y del sacro, son capaces de producir abscesos en el recto; pero éstos no deben conceptuarse como tales, aunque por su topografía hayan sido malamente interpretados por algunos patólogos.

Grande es la variedad de estos abscesos, según el sitio donde radican, más descrita y clasificada por los autores franceses que por los de otras naciones. Los hay subcutáneos, submucosos, infra, supra, intra y extra-esfinterianos; lo mismo que según las capas que diseca ó por donde se fragua comunicación, se llaman de doble saco ó de botón de camisa, y otros en forma de herradura. Siempre el pus de estos focos es muy fétido, en señal de la sepsis que contiene, y es frecuente que haya detritus de tejido y algunas veces venga un esfacelo considerable del periné, las nalgas y hasta de todo el tejido celular peri-rectal.

Los síntomas y el diagnóstico de estas supuraciones son bien claros: calor, rubicundez, elevación del sitio, dureza ó fluctuación, según el tiempo transcurrido y la mayor ó menor profundidad del mal. Tal es el cuadro sindrómico que nos pondrá en posesión del diagnóstico de los abscesos y flemones del ano y del recto.

Algunas veces estos abscesos no producen dolor ó es tan escaso, que los enfermos no reclaman los auxilios del médico. Estos ejemplos son raros, y suele acontecer que la inflamación desaparezca en poco tiempo, creyéndose los enfermos curados, cuando lo que suceda sea que la colección se haya fraguado una abertura por la mucosa del recto y el contenido purulento se haya vaciado en el intestino, quedando una fístula interna que no se cura sin el tratamiento apropiado.

Otros abscesos del recto suelen producir fenómenos generales de fiebre y postración, en los más de los casos, por la sepsis que originan.

No han de ser los tratamientos farmacológicos los que proporcionen la curación de estos abscesos; muchas veces los enfermos, temerosos de las molestias de una sencilla operación, exigen de su médico los baños, cataplasmas y fomentos, que de seguro les han de producir un gran daño y la exposición de que el absceso acabe en una fístula.

No debe esperar el cirujano á que haya fluctuación en estos abscesos. Muchas veces la fluctuación tardará varios días en presentarse,

porque la colección se forma muy profundamente, y se corre el riesgo de que se esfacelen los tejidos perianales, tan dispuestos á ello por el éxtasis que necesariamente se produce no teniendo válvulas las venas hemorroidales. Así se le hará comprender al enfermo la urgencia que existe de dilatarle el absceso y se le convencerá de lo justificado de la intervención.

Después del reconocimiento que el cirujano haga de la extensión y los tejidos que comprenda la colección, decidirá si ha de emplear un anestésico local — hasta ahora el mejor de todos la cocaína al 2 por 100—ó la anestesia general, que por lo rápido de la operación, será muy eficaz el uso del alcohol, cloroformo y éter, que produce una anestesia bastante profunda y pasajera.

Si hay tiempo, se administrará al enfermo un purgante salino el día antes de la operación, y en todo caso, se le hará un lavado del recto con varios enemas de agua y cloruro de sodio, una ó dos horas antes de la dilatación.

Tendido el enfermo del lado que sufra el absceso, se le lava la piel de las nalgas, el periné y el ano, con sublimado al 1 por 1000 caliente, cepillo y jabón blanco. Introduce el cirujano su dedo índice izquierdo en el recto hasta el fondo del absceso y lo empuja hacia afuera, comprimiéndolo con el dedo pulgar al mismo tiempo Con un bisturí recto incinde por el centro de la inflamación en dirección desde el ano hacia afuera, hasta comprender toda la inflamación. Si no sale pus, seguirá disecando más profundamente hasta encontrarlo.

Muchas veces la inflamación se presenta á 4 y 6 centímetros distante del ano, cerca de la región isquiática. Entonces la incisión se debe hacer de atrás á adelante, por en medio de la tumefacción, y del centro de esta incisión practicar otra hacia el isquión ó la nalga, que ponga al descubierto el foco.

Se reconoce el fondo del absceso y con el dedo ó el bisturí se desbridan todos los senos y oquedades que se encuentren para hacer una única cavidad.

Se lava el foco escrupulosamente con disolución de sublimado al 1 por 5000 ó de permanganato potásico al 1 por 2000. Si existen puntos indurados, se repasa todo el fondo con el galvano-cauterio, y si el foco es de época reciente, bastará con una cauterización de cloruro de zinc al 10 por 100. Se rellena el hueco de gasa iodofórmica, no muy apretada, y se aplica una gruesa capa de algodón absorbente, sujeta con un vendaje en T.

Trasladado el enfermo á su cama, se le ordena una quietud gran-

dísima, que favorece la cicatrización de tejidos, de suyo muy propensos á ser de marcha lenta y tediosa para curar.

Al interior se le administran al enfermo algunas cantidades de extracto tebaico, para retrasar cuatro ó cinco días la defecación, y cuando llegue este acto, se cuidará de vaciar el recto debidamente con enemas, y se lavará de nuevo el foco con sublimado, aunque haga poco tiempo que esté curado, y así, renovándole la cura se estará seguro de que no ha quedado materia séptica en la herida.

Las curaciones de estos abscesos deben ser diarias.

Algunas veces brota una gran cantidad de sangre en el acto de la incisión ó del desbridamiento de los abscesos: bastará con esperar algunos segundos para que cese por sí sola; pero si así no aconteciera, la cauterización actual ó la de cloruro de zinc y el taponamiento con gasa iodofórmica, cohibirán la hemorragia.

HERIDAS DEL RECTO

Son las heridas del recto de índole igual á las de todas las que están expuestas á la auto-infección y á las hemorragias. Por lo demás, se curan rápidamente con un tratamiento bien dirigido.

Las heridas producidas por instrumentos cortantes, y por armas de fuego son muy raras; algunas se registran como casos extraños, donde no ha habido procedimientos especiales que emplear. Las que se originan por instrumentos contundentes y groseros se encuentran en mayor número. También se citan algunos casos de caídas sobre una estaca y quedar los enfermos enganchados por el ano, empalados, como los mahometanos hacen para castigar brutalmente á algunos de sus reos. Los casos que por desviación del sentido moral ó como mofa se conocen de introducir un cuerpo extraño por el recto, y que han ocasionado más ó menos dislaceración de tejidos; otros de heridas por introducir violentamente sondas rectales, lo cual siempre me ha parecido inverosímil en las manos de un Profesor; las rasgaduras del esfínter ó del recto por excrementos tan duros y secos, que han salido por la vagina, y las heridas del recto producidas por astas de toro, de cuyos ejemplos ya son bastantes los que existen en España, á causa de las lidias.

Estas heridas son muy graves si comunican con la cavidad peritoneal, y más todavía si interesan algún otro órgano: la vejiga ó un trozo de intestino.

También, cuando el esfínter ha sido completamente dislacerado y

roto el peritoneo, se registran casos de haberse escapado una ó varias asas del intestino, que de ordinario han producido más tarde una peritonitis mortal.

El diagnóstico de las heridas del recto es tan importante como el averiguar los órganos que haya podido comprender el traumatismo, y no se debe dar gran prisa el cirujano en hacer un juicio definitivo, interviniendo demasiado con exploraciones minuciosas, porque corre el peligro de producir hemorragias del recto, algunas veces muy difíciles de cohibir, ó estableciendo comunicación con otros órganos que no estaba bien hecha, y que pondría la vida del enfermo en grave peligro.

El cirujano procurará conocer cuanto se pueda la importancia y el alcance de la herida, sobre todo si es producto de gran traumatismo, lo mismo que averiguará las funciones de la vejiga de la orina y de la uretra.

Mientras que no se tenga un acabado juicio de la lesión que sufra el enfermo y qué intervención haya de ser perentoria y eficaz, el cirujano hará muy bien en esperar las primeras horas, hasta que los síntomas puedan definir claramente la importancia de la lesión que se haya producido y la intervención que deba emplear.

Cuando la cicatrización de estas heridas no viene pronto, que es lo más general, deben temerse las complicaciones, que en el orden de frecuencia son las inflamaciones del recto, flemones del tejido conjuntivo y las hemorragias.

Una cura antiséptica, lavando el recto con disoluciones calientes de ácido bórico á saturación, ó débil de sublimado y mechas de gasa iodofórmica, renovadas cada doce ó veinticuatro horas, darán en el mayor número de veces un excelente resultado.

Cuando se presenten hemorragias, serán de buen efecto las aplicaciones de hielo en la herida y ergotina al interior. Si no se teme que exista comunicación con la cavidad peritoneal, sirve mucho introducir una vejiga de caucho, y para que comprima las paredes del recto, se llena de aire, de agua helada y mejor de agua caliente, la cual siempre hay medios de obtener, y la que yo he empleado con gran eficacia.

Para el dolor, que algunas veces es muy intenso, se aplicarán inyecciones de morfina. Si se presentan flemones peri rectales, se desbridarán ampliamente (véase la pág. 399), y se seguirá un tratamiento antiséptico. Los enfisemas que algunas veces se observan, están producidos por infiltración de substancias estercoráceas, que impe-

rativamente reclaman lavado y desinfección del recto y de las heridas. Cuando haya síntomas de comunicación con la vejiga, la vagina ó la uretra, deberá esperarse á que cicatricen estas lesiones, que muchas veces acontece una rápida curación allí donde se temía con todo fundamento una infiltración ó una infección general, que pronto terminara con la vida del sujeto. Si pasados los primeros días, algunas de estas lesiones existieran y no hubiese motivos para esperar la curación, el cirujano intervendrá según el caso exija, ya haciendo una operación de fístula ó restauración del tejido dislacerado, ya estableciendo curas y lavados de las heridas, que cuadren con la lesión que persista.

La salida del intestino por el ano es la complicación más grave en las lesiones que estudiamos; debe procurarse con los mayores cuidados volver el asa de intestino á la cavidad abdominal, cerciorándose que ha penetrado del todo por la abertura del peritoneo, y se procurará la mayor quietud del enfermo en posición dorsal.

Si se presenta peritonitis, lo cual sucede casi siempre por la salida del intestino, lo mismo que por la rotura de la serosa, sin salida de asas intestinales, no deberá esperarse mucho de los tratamientos médicos. Una laparotomía con muy pocas esperanzas de éxito y el desagüe por treinta ó cuarenta horas, podrán triunfar de la sepsis peritoneal.

(Continuará).

NOTAS CLÍNICAS

I. Acné sebáceo concreto senil. — II. Peritonitis apendicular.

I

Nuestro distinguido compañero de Valladolid, el Dr. D. Antonio Ledo Dunipe, nos remite la siguiente historia clínica:

E. G., edad cincuenta y siete años, Valladolid, profesor de instrucción primaria; temperamento linfático-nervioso, contando en sus antecedentes patológicos la sífilis; en junio de 1899, se presentó en mi consulta, con una placa costrosa, del tamaño de una moneda de 50 céntimos, localizada en la mejilla izquierda y de aspecto grasiento, espesa, adherente y saliente, con color amarillo sucio en un principio y moreno-parduzco más tarde. La piel sobre la cual esta cos-

tra se implantaba, era rubicunda, congestionada, siendo asiento de gran induración y picor, que obligaba al enfermo á rascarse continuamente, provocando con ello el desprendimiento de parte de la costra, acompañada de una ligera hemorragia, comprobándose al examen la penetración de dicha costra en los orificios foliculares que se hallaban dilatados y una pequeña ulceración que muy pronto (al sexto ó séptimo día) se recubría de una nueva costra, en cuya formación, á los elementos de la seborrea, se sumaban, indudablemente, los del exudado propio de la úlcera.

Al cabo de veinte días y por impaciencia del enfermo, queriéndose ver libre de su afección, por irritaciones que él provocaba con la uña, consiguió fragmentar las nuevas formaciones costrosas, apareciendo entonces la úlcera, interesando el dermis con un fondo irregular, tomentoso, bordes desiguales, espesos y duros y exudación sucia. Esta úlcera se sostenía por algún tiempo en este estado, obteniéndose la regeneración al cabo de cuarenta ó cincuenta días, merced á una rigorosa limpieza y tratamiento conveniente, coincidiendo con esto la aparición de dos nuevos focos en los tejidos contiguos, limitados por espacios de piel sana, y sin otro origen á mi juicio, que el de la auto-inoculación, los cuales han seguido sin modificación alguna el curso evolutivo señalado para el primero, no siendo posible conceptuar totalmente curado al enfermo hasta el mes de mayo de 1900.

Así, pues, la edad del enfermo, como causa de degeneración senil, su manera de ser y especial condición de desidia y la costumbre de fijar su cara en la mano, todas cuantas veces (que son muchas) lee ó escribe este individuo, son factores bastantes á sostener una irriación capaz de provocar el aumento de función de la glándula sebácea, y por tanto, dar origen á la evolución de la seborrea epitelial, como fase primitiva que en último término ha llevado la lesión hasta esa ulceración, que por su localización, carácter, curso y evolución multiforme de las lesiones y por la lisonjera manera de responder al tratamiento, me hacen considerarla como un *acné sebáceo concreto senil* y que los autores conocen con la variada sinonimia de epiteliomatosis generalizada ; acné sebáceo parcial ; adenoma sebáceo canceroso ; acné senil, acné canceroso,

Para el tratamiento del caso que me ocupa, todos mis esfuerzos se han dirigido á interesar al enfermo, en la necesidad de guardar una exquisita limpieza de toda la cara, lavándola todas las mañanas con agua templada y jabón, procurando secar las partes afectadas

con un tapón de algodón hidrófilo; evitar toda causa de irritación aconsejándole abandonara su pertinaz hábito de rascarse, pues tal práctica, á más de desprender las costras, activaba el proceso epiteliomatoso. Dos veces al día, prescribí tocar las lesiones con una bolita de algodón impregnada en el licor de Van-Swieten. La resistencia que mostró el enfermo á dejarse hacer una cauterización ígnea, me obligó á tocar repetidas veces el fondo de las úlceras con el lápiz de nitrato de plata, haciendo los días sucesivos una cura antiséptica de las mismas con aristol, obteniendo la curación completa á los once meses.

En oposición al curso exageradamente lento de estos estados seborréicos, vemos en el caso que presento, una evolución relativamente rápida, que no vacilo en atribuir, en primer lugar, á la pertinaz costumbre del enfermo de rascarse, produciendo la frecuente avulsión de las nuevas formaciones epiteliales, con lo cual, á más de acelerar el curso regular del proceso, favorecía, en parte, el tratamiento, convirtiendo esa irritación mecánica en un verdadero legrado, que, sumado á la oportunidad con que el enfermo supo buscar remedio, son motivo para precipitar la marcha y para que los distintos medios, puestos en juego para tratar la lesión, respondieran en plazo breve con la regeneración integral de las partes afectadas, haciendo menos favorable la multiplicación de focos que, por auto-inoculación, se ven suceder en esta clase de enfermos.

II

Nuestro laborioso colega el Dr. Ferrer y Baonza, de Villafranca de los Caballeros, nos comunica el siguiente caso:

Si hay en medicina algún asunto que esté á la orden del día, lo es sin duda alguna la apendicitis y cuanto á ella se refiere. De todos mis lectores son conocidas las discusiones sostenidas de algún tiempo á esta parte en Academias y en la prensa profesional entre médicos y cirujanos, proclamando unos las ventajas del tratamiento médico, y otros, por el contrario, reconociendo la superioridad sobre éste de la intervención quirúrgica, y aun entre estos últimos, unos aconsejan la operación en frío, otros en el momento en que se hace el exacto diagnóstico de esta enfermedad; en cuestiones de esta índole y de tamaña importancia, la exposición de bastante número de casos tratados médica y quirúrgicamente hablando, expuestos leal y honradamente sin pasión alguna, sería la que mejor pesaría el pro ó el contra de este asunto. Por una de esas contingencias de la clí-

nica, hoy se me presenta la ocasión para referir esta historia clínica, que en resumen es como sigue:

Benita P., mujer de veinticinco años de edad, natural y vecina de esta villa, casada, multípara, de buen género de vida, de temperamento nervioso, de constitución débil, sin vicios alcohólicos ni antecedentes de sífilis, dedicada á los trabajos de su sexo, y en el cuarto ó quinto mes de gestación, sin que haya padecido, que recuerde, enfermedades anteriores á la actual que merezcan ser consignadas, reclamó mis auxilios el día 23 del próximo pasado mes de febrero, sintiéndose molestada por un dolor abdominal subagudo. En la primera visita encontré á esta enferma en el siguiente estado: decúbito supino, por ser la postura en que mejor se hallaba, lengua con ligera saburra, vientre aumentado de volumen en relación al estado de gestación de la paciente, estreñida desde el día anterior, y con todo esto un dolor en el abdomen. Invitada á que me indicara el sitio de este dolor, sin vacilar señaló exactamente el punto de Mac-Burney, y esto lo hizo por varias veces. Para cerciorarme más, distrage la atención de la paciente con una conversación en la que tenía que poner en juego su memoria, y durante la cual yo comprimía diferentes partes de su abdomen sin que la enferma acusara la más leve molestia. Insensiblemente y con presiones metódicas, me iba aproximando al punto por la enferma indicado, y allí, ni una sola vez de las varias en que lo hice, dejó la enferma de acusar el dolor; allí también se notaba una dureza leñosa, y allí también, para mal de esta enferma, estaba manifiesta la hiperestesia cutánea; en una palabra, en este punto estaba reunida la triada apendicular, ó sea el punto del dolor, la defensa muscular y la hiperestesia cutánea; por otra parte, nada había que indicara la existencia de un aborto. Como tratamiento dispuse leche en pequeñas cantidades, tan fría como era posible, una inyección hipodérmica de morfina, y la mayor quietud. Al siguiente día, la enferma empezó á tener náuseas y algunos vómitos amarillo-verdosos; en su semblante empezó á esbozarse cierta alteración, preludio de la máscara peritoneal que había de venir después; el dolor seguía molestando, la sed era bastante intensa, no había hecho ninguna deposición, lo que apuraba á la enferma y preocupaba á la familia; se siguió con el mismo tratamiento, advirtiendo á los interesados la malísima impresión que el caso merecía

El día 25 las cosas fueron en aumento; á la pequeña hipertermia hasta este día observada, reemplazó la hipotermia, y con este des-

censo de temperatura el pulso se hizo muy débil, la timpanización abdominal fué en aumento, los vómitos y las náuseas se hicieron más frecuentes, dicho de una vez y más breve, á la fase apendicular se había unido la fase peritoneal. La situación, como se comprende, era gravísima; en este día, la enferma hizo dos pequeñas deposiciones. Seguí con el mismo plan, más unas fricciones mercuriales al vientre y un enema de aceite común; en esta situación llegó la enferma al día 26, en que abortó sin incidente alguno digno de consignarse, lo cual, que con este motivo, los allegados de la enferma experimentan gran satisfacción. Pero en aquella misma noche tal debió ser la gravedad de la enferma, que su familia, sin contar conmigo, dispuso recibiera la Extremaunción, único auxilio espiritual que á la enferma faltaba por recibir. El día siguiente, precisamente último de vida para la enferma, hubo en ella tal transformación aparente, que jamás olvidaré: cesaron los vómitos, cesó el dolor, disminuyó el timpanismo abdominal, la enferma decía sentía un gran bienestar, como no había sentido hasta entonces, hasta el punto de creer ella y la familia que todo había pasado, haciendo mil proyectos para cuando la enferma se levantara.

No participaba yo de aquellas alegrías, antes al contrario, me hacía sufrir lo terrible del desengaño, que no había de tardar en llegar. Un ojo un poco observador podía ver que aquella transformación no guardaba relación con la gran máscara peritoneal, con la hipotermia y debilidad extremada del pulso. Por eso me apresuré á poner una inyección de cafeína; por eso, lejos de modificar mis conclusiones, dije para mí: hé aquí la calma apendicular que el gran Dieulafoy tan gráficamente llama traidora, y en verdad que es más que traidora, infame; ella lleva á las familias una alegría que no tiene razón de ser; á su sombra la muerte se va apoderando del enfermo; ella hace perder los preciosos momentos en que la mano hábil de un cirujano pudiera muy bien salvar aquella vida de otro modo perdida En cuanto á la patogenia del caso actual, hé aquí cómo yo la interpreté: las cosas debieron empezar en el apéndice; con la fase apendicular, ó poco después de ella tomó parte el peritoneo, sobrevino como consecuencia una peritonitis difusa y con ella la hipotermia, el pulso filiforme, etc., fenómenos todos de la toxi-infección que acabó con la vida de la enferma al terminar la tarde del día 27 de febrero.

Que se trató de una apendicitis me lo prueba, á más de lo indicado, el estudio del diagnóstico por exclusión: nada había que pudiera

hacer creer en una indigestión, en cólico hepático, en perforación de úlcera del estómago ni del duodeno. De aborto nada había en un principio; este fué efecto no causa de lo ocurrido. No tenía razón de ser el pensar en una salpingitis que no existía, ni remotamente se parecía en nada al cólico nefrítico, ni tampoco el curso y manera de ser de este caso pueden inducir al diagnóstico de la obstrucción intestinal; en cambio, todo encaja perfectamente si sentamos como premisa la apendicitis. La cuestión de contemporizar en sus justos límites, es difícil de resolver, por las razones siguientes: 1.ª, porque en cuestión de apendicitis no se puede prejuzgar aun de la más benigna; se sabe dónde empieza, mas no cómo terminará; 2.ª, por ser muy difícil saber dónde termina lo apendicular y empieza lo peritoneal, toda vez que en muchos casos como el presente marchan juntos ó casi juntos; 3.ª, porque un ataque apendicular deja el apéndice en estado de fácil repetición de otro, y 4.ª, y por último, que el mejor modo de quitar los efectos es suprimir la causa, que en este caso es el apéndice foco toxi-infeccioso causa de todo.

En este caso concreto, la celeridad con que se precipitaron los sucesos y la falta de ciertos recursos, impidieron con harto sentimiento mío, proceder como yo hubiera deseado.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Los vasógenos, por el Dr. D. Emilio Pérez Noguera.—Madrid, 1901.

II. Prophilaxie et étiologie de la dysenterie dans les armées en campagne. Trabajo presentado al Congreso de Medicina celebrado en París en 1900 por el Dr. D. Angel de Larra y Cerezo.—Madrid, 1900.

III. Beneficencia é higiene municipales en algunas poblaciones de España, por el Dr. D. José García del Moral Santander, 1901.

I

Constituye este trabajo un estudio bastante completo, y muy bien expuesto por su autor, de la naturaleza y caracteres de estos productos medicinales, del empleo terapéutico de los hidrocarburos, de la acción fisiológica de los vasógenos y de los vasógenos medica-

mentos, iodo vasógeno, iodoformo vasógeno, etc., hasta el vasógeno puro espeso, señalando todas sus indicaciones y caracteres particulares de cada variante de estos preparados farmacológicos.

Merece conocerse este trabajo por su utilidad indiscutible.

II

Delegado del Ministerio de la Guerra de España, el Dr. Larra y Cerezo ha llevado la representación oficial y la científica con lucimiento propio de quien, como él, ha alcanzado un puesto de distinción entre la clase médica española.

En esta comunicación da á conocer su opinión respecto del asunto, con la competencia propia del que ha observado mucho y bien acerca de la materia de que se ocupa. Sus conclusiones así lo demuestran, y son base práctica para fundamentar, como lo hace, la profilaxia y etiología de la disentería de los Cuerpos armados en campaña.

III

No es esta la primera vez que el público médico tiene ocasión de apreciar las condiciones de hombre de ciencia y correcto escritor que adornan al Dr. García del Moral. Competente en asuntos de la índole de este trabajo, como en los que á la ciencia médica en general se refiere, ha sabido condensar en pocas páginas, pero nutridas de datos muy apreciables, todo cuanto á beneficencia é higiene municipales en España ha podido reunir en su investigación; difícil, porque se apoya en referencias de personas tal vez no técnicas, é incompleta, por la apatía de algunos otros que no ven en la investigación científica todo el alcance que tiene cuando se trata de publicar trabajos como éste.

A pesar de estas trabas, ajenas á la voluntad del autor, su trabajo es de los que deben leerse para aprender cómo funcionan los servicios benéficos é higiénicos en algunas poblaciones de nuestra nación, y saber corregir los defectos que en algunas pudiera haber ó imitar á otras cuya organización es aceptable (1).

Es, en nuestro juicio, de los trabajos que no se olvidan y quedan para ser consultados en estos asuntos que no son tan conocidos como debieran por falta de escritores como el Dr. García del Moral, que

(1) Por lo que se refiere á la ciudad de Santander, que él conoce personalmente, juzgamos que ha escrito una página brillante para el desarrollo de la Higiene y Beneficencia de dicha población.

ha tenido paciencia y acierto para presentar un trabajo en la forma tan brillante como lo ha hecho, por lo que merece la felicitación que seguramente obtendrá de cuantos estiman debidamente su mérito.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 20 *de Abril de* 1901.

Enfermedades parasifilíticas. — El *Dr. Hernando* continua hablando acerca de las enfermedades parasifilíticas, haciendo un cumplido elogio del gran Wirchow, para el cual recaba la gloria de la resurrección del mercurio. Recuerda que Charcot decía que el pénfigo de los niños sifilíticos, aunque dependa de la sífilis, es una afección parasifilítica ; y, llegando á la época actual, dice que la teoría parasitaria es la que domina ; que siempre que hay gomas hay enfermedad parasifilítica ; hoy todos convienen en que esas lesiones son casi siempre pustulosas y congestivas y esas manchas como cardenales, producidas probablemente por la rotura de los gomas de los vasos.

Las lesiones parasifilíticas de los nervios en el tercer período, añade, son unas, producidas directamente por las lesiones sifilíticas, por las parasifilíticas del mismo nervio á distancia y además por las de los huesos y por las de las meninges. Cuando hay un goma en el cerebro ó en la médula, produce degeneración nerviosa, no sólo en el sitio, sino en otro á distancia. Añade que ocurre en muchos casos de amputación que sobreviene la inflamación del muñón ó que al hacer resecciones subperiósticas, viene detrás la infección. Creus y otros muchos daban la pomada mercurial y curaban, obrando con arreglo á la teoría de Broussais, y eran indudablemente lesiones parasifilíticas.

En el cuarto período, en el que llaman período visceral, hay lesiones parasifilíticas ; todos saben que hay gomas del pulmón que siempre van acompañados de inflamación, los del riñón se acompañan de nefritis intersticial, los del hígado traen la hepatitis y más adelante la cirrosis.

Al hablar del tratamiento, afirma que hoy ya casi todo el mundo médico es mercurialista, pero cada uno le aplica de distinto modo : unos en fricciones, pocas, pero en gran cantidad, otros usan muchas, en cortas cantidades, otros que lo dan al interior en pequeñas cantidades, pero por mucho tiempo, algunos empiezan á darle en cuanto diagnostican la enfermedad, hay quienes no lo dan hasta el segundo período. Ricord, que vivió noventa años, decía al principio que se curaba la sífilis con seis meses de mercurio y tres de

ioduro potásico, y al final de su vida decía «siempre mercurio, siempre mercurio, y con ioduro potásico al terminar el tratamiento».

El Dr. Espina: No pensaba terciar en un debate como este en el que, aun cuando por obligación oficial tenga que seguir la marcha del estudio de la sífilis, no es el objeto de mis investigaciones ni de mi afición, pero en la sala de tuberculosos que hoy tengo se han presentado y se presentan una serie de casos de lesiones sifilíticas del pulmón, difíciles de diagnosticar hoy é imposibles de diagnosticar antes del descubrimiento del bacilo de Koch. Por otra parte, no puedo menos de hacer algún estudio en otro órgano objeto de mis atenciones que es el corazón, porque éste padece de tal manera en el curso de la sífilis, que en muchos casos me veo obligado á consultar al Dr. Bombin.

Los Dres. Taboada y Hernando, han dicho ya cuanto pudieran decir, pero yo me diferencio de ellos en que no admito las enfermedades parasifilíticas, si por lesiones parasifilíticas se han de entender las complicaciones que pueden venir en el curso de una sífilis visceral, cutánea ó nerviosa en el período terciario, puesto en evidencia por la influencia y trabajos de Wirchow.

No tendría inconveniente en admitir algunas lesiones parasifilíticas, pero trae esta admisión el inconveniente de que estas lesiones que son parasifilíticas, al decir de los tratadistas, no se curan con el mercurio, y sería lo mismo que llamar lesiones parapalúdicas al paludismo que no se curara por la quinina; así es que yo no llamo parasifilíticas á las reacciones inflamatorias que son procesos *perisifilíticos*, pero no *parasifilíticos*, como por ejemplo, no se puede llamar la pneumonía paratuberculosa, sino perituberculosa cuando aparece junto á un foco de tuberculosis.

Al admitir varias clases de tisis se admite también la sifilítica determinada, no por el goma sifilítico que puede vivir muy bien en el pulmón por mucho tiempo, sino á la exulceración que puede producir el goma sifilítico, más cicatrizable que la tuberculosa.

La topografía de la sífilis del pulmón no es caprichosa; invade las bases, pero hay casos en que los gomas sifilíticos invaden los vértices y entonces hubieran pasado inadvertidos con sólo los recursos clínicos. Hoy, merced á la investigación microscópica, se puede afirmar si una localización es ó no tuberculosa, y diferenciar todos los grupos de pneumonías. Además, las inyecciones mercuriales pueden servir como piedra de toque para sentar el concepto etiológico por el recurso terapéutico.

La trinidad etiológica predisponente de la tuberculosis es: la miseria orgánica, tanto en la clase baja como en la acomodada, el alcoholismo, y la sífilis. En estos sujetos débiles y lesionados por estos tres enemigos de las resistencias orgánicas, se presenta la tuberculosis en forma asociada, aprovechando la brecha abierta en el campo enemigo. Al asociarse estos elementos, que á veces se asocian los tres, hay una confusión de síntomas, difícil de aclarar. Pero si además admitimos estos síntomas y estos procesos perisifilíticos como parasifilíticos, nos vemos atados de piés y manos para el tratamiento asociado antisifilítico y antituberculoso, en tanto que si estamos libres de estas preocupaciones, podremos asociando ambas medicaciones, curar cuando menos las lesiones sifilíticas, y libre de ellas el organismo, luchar sólo contra la bacilosis de Koch. En el caso de sífilis aislada simu-

lando tuberculosis pulmonar, el problema terapéutico es sencillo, pero á cambio de negar la parasífilis.

En estas condiciones y con estas ideas he tratado 17 casos en mis salas del Hospital con éxito brillante, y en todos mis enfermos insisto hasta con terquedad en averiguar si el enfermo ha tenido sífilis. Muchas veces la niegan los enfermos y niegan de buena fé, pero la cadena de ganglios de Ricord y los estigmas de la sífilis terciaria unidos al resultado del tratamiento mercurial, en muchos casos manifiestan la naturaleza de estas lesiones, y se llegan á obtener cicatrizaciones de cavernas verdaderamente enormes, que dejan en pos de sí la exulceración de los gomas pulmonares.

Considero el aparato circulatorio como el punto de elección de las lesiones sifilíticas terciarias, y en este aparato se halla más invadido siempre el corazón que los vasos. Se ha considerado el reumatismo como el responsable de las lesiones cardíacas, y tal vez sea el menos responsable de ellas. El paludismo, el alcoholismo, la sífilis, la fiebre tifoidea, el desarrollo rápido y la evolución incompleta en el período fetal de los elementos del corazón, forman el 75 por 100 de las causas determinantes de las enfermedades del corazón, y dentro de este 75 por 100, la sífilis constituye un elemento de mucha transcendencia, de mucha importancia y algunas de las lesiones que describía el Dr. Taboada, no era en el aparato nervioso, sino en el corazón donde vienen á determinar sus trastornos. Sabemos que en las arterias terminales, es donde viene á parar el choque de la onda cardíaca, y donde acaecen todos los trastonos iniciales de la sífilis; de modo que las manifestaciones de la sífilis arterial ó de la sífilis cardíaca se traducen al principio por indeterminación del pulso en sujetos que alguna vez notan que les faltan una ó dos pulsaciones, fenómeno que no vuelven á notar en cuatro á cinco años: enfermos que se frotan los ojos, porque creen que les falta la luz; otros que sienten el vértigo de la altura. En las arterias coronarias, tipo de las terminales, en las retinianas y en las cerebrales, se empieza á efectuar un proceso de esclerosis, de pérdidas de elementos elásticos y aquel corazón que regaba bien por sus dos segmentos por las arterias coronarias izquierda y derecha, aquel cerebro que se regaba regularmente y aquella retina padecen de retraso circulatorio y sufren un proceso de cirrosis esclerósica que forman el grupo de miocarditis sifilíticas, que empezando por la punta van avanzando hasta la base del corazón, y así lo primero que llama la atención es la disnea de esfuerzo en el sujeto y ya se encuentran síntomas auscultando en la punta, que indican el origen sifilítico. El corazón tiene un movimiento de torsión en la punta que no corresponde á las miocarditis reumáticas. Estos síntomas hacen investigar acerca del elemento etiológico, si es sifilítico ó no lo es; si no lo es, será alcohólico y menos negará el enfermo lo debido al amor que lo debido á la bebida. Y estas lesiones ¿deben llamarse alrededor de la sífilis ó lesiones profundas de la sífilis? Esta última es la expresión que me parece más propia.

En la intoxicación palúdica, en la fiebre perniciosa se presenta un período de epilepsia, y ¿cómo hemos de llamar á esta enfermedad parapalúdica? Pues los sujetos en los que el elemento sifilítico tiene fuerza para producir esas lesiones tan profundas ¿hemos de llamárlas parasifilíticas ó perisifilíticas?, porque esto no es un juego de palabras. Nosotros no podemos invalidar

ciertas doctrinas; no podemos volver á los terrenos de las complicaciones; lo que es sifilítico desde el principio, lo es hasta el fin. Y pues la sífilis se cura debemos ver si por medio del mercurio ó por el ioduro se curan estas lesiones, y si no curan será una enfermedad intercurrente, pero no una parasífilis. Y yo seguiré creyendo, mientras no se me pruebe lo contrario, que son sifilíticas y siempre las trataré como tales.—Dr. Eduardo Toledo.

PERIÓDICOS

Tétanos tratado y curado por el suero antitetánico y la amputación del brazo derecho.—En la *Gaceta Médica del Norte*, da cuenta el Dr. Areilza del caso siguiente:

Niño enfermo de nueve años, llamado Vicente Vadillo, que el día 4 de enero del presente año, cayó desde un puente al lecho del río de tal modo, que se fracturó la extremidad inferior del radio, clavándose el fragmento superior en el limo sucio de la ribera después de haber perforado la piel del antebrazo izquierdo. Al otro día del traumatismo consideró necesario resecar parte del hueso procidente, tanto para que la reparación y mantenimiento de las extremidades rotas se hicieran en buenas condiciones, cuanto para aminorar la infección del foco, ya manifiesta desde las pocas horas de la caída. También, y contra lo que acostumbra á ejecutar en las fracturas complicadas, aplicó al antebrazo un vendaje enyesado, dejando una amplia ventana por donde se verificase el desagüe de la herida; mas como el enfermo soportó mal el aparato se lo quitó el Dr. Areilza al día siguiente, sustituyéndola por unas tablillas metálicas.

El niño parecía marchar á pronta curación; se levantaba y comía normalmente durante la primera semana, pero aparecieron dolores nocturnos é intensos en el antebrazo afectado, sin que estos dolores estuvieran en armonía con el estado de la herida, puesto que los signos de sepsis inical habían desaparecido casi totalmente después de la intervención quirúrgica, hizo tener algún presentimiento de lo que pudiera sobrevenir, recordando que en los contados casos de tétanos que ha tenido ocasión de ver, siempre ha notado que el foco traumático acusaba sensibilidad extraordinaria y sin relación con las infecciones séptico-piógenas corrientes; mas no por eso dejó de causarle sorpresa encontrar una mañana al niño con la facies especial (risa sardónica); contractura violenta de los músculos del antebrazo y brazo izquierdo; opistótonos, intenso trismus y temperatura de 38°,5. Era evidente que al cabo de diez días de incubación había estallado el tétanos con caracteres de gravedad y agudeza, y que la vida del herido corría grandísimo peligro.

Inmediatamente, el Dr. Areilza dispuso una inyección de 5 gramos de suero seco de Behring disuelto en 45 gramos de agua, propinándole de una vez en el vacío derecho los 50 gramos resultantes. Sus efectos fueron manifiestos á las veinte horas de aplicarlo: mejoró notablemente la cara, el opistótono disminuyó casi del todo; el trismus era tan débil que permitía al-

canzar las tres cuartas partes de la abertura de la boca, y otro tanto ocurrió con la contractura de los músculos del brazo y antebrazo. El niño sudó copiosamente durante la noche; la temperatura descendió á 37°, y pudo hacerse la cura del foco traumático sin provocar los dolores y convulsiones generalizadas, como había ocurrido el día anterior. Hay que advertir que durante la noche se administró al enfermo 10 gramos de cloral, manteniéndolo en un reposo absoluto y envuelto entre mantas de uata.

Parecía, pues, que el suero había contenido la marcha invasora del tétanos. En los cuatro días siguientes dejó de ver á este enfermo y cuando volvió á ser llamado, la intoxicación tetánica había recuperado con creces sus primitivas posiciones, extendiendo su influencia á casi todos los músculos del organismo. Juzgó necesario extirpar radicalmente el manantial del veneno y le amputó el brazo por el tercio medio.

Los resultados fueron apreciables casi inmediatamente, cesando los tétanos musculares en orden inverso á su modo de invadir. La herida se curó de primera intención y el niño volvió á la escuela enteramente curado al mes de haber sufrido la mutilación del miembro.

A propósito de este caso, dice el Dr. Areilza:

«Así como Huxley se sirvió del cangrejo para estudiar en la serie animal la teoría de la evolución y el transformismo de la vida, podrá servir el bacilo tetánico de modelo para comprender los envenenamientos infecciosos. He de hacer, sin embargo, una observación por mi cuenta respecto al origen telúrico de este agente patógeno: *A pesar de haber pasado por mis manos más de* 10.000 *heridas en el Hospital de Triano, la mayor parte heridas contusas de los miembros, manchadas de tierra y polvo, no he visto más que un caso de tétanos en dicho establecimiento.* Parece que esto se halla en poca armonía con la difusión y banalidad del bacilo, presente en todas partes, y especialmente en las primeras capas de la superficie terrestre; dotado por otra parte de extraordinaria resistencia á los desinfectantes físicos y químicos.

Hago constar el hecho para repetir una vez más la vulgaridad de que el agente bacteriano de las infecciones no representa más que uno de sus elementos determinantes; que aunque sí el más indispensable, no siempre es el más importante. Puede asegurarse, pese á nuestros formidables medios de defensa quirúrgica, que el ataque tetánico rara vez dejaría de presentarse por falta del contacto del bacilo con la herida, si al mismo tiempo existieran otras dos condiciones: primera, que el microbio de Nicolaier pulule y desarrolle toxinas activas; segunda, que el organismo sea sensible á las mismas. Tendrá, pues, muchísima más transcendencia predecir el determinismo de estas dos condiciones, que conocer la difusión y presencia del microbio; pero desgraciadamente las conocemos mejor en el terreno experimental que en el clínico, y casi siempre nos coge de improviso la temible complicación de las heridas.

Respecto á la primera condición, sabemos experimentalmente que el bacilo se desarolla desde 14°, alcanzando su más rápida florescencia á 38°, que el oxígeno impide su cultura, que las toxinas jóvenes son poco virulentas, y que pierden su poder tóxico á 60°, que la sociedad del micrococus prodigiosus, exalta su poder y en cambio los piógenos le son indiferentes, etc. En cuanto á la segunda, se sabe, por ejemplo, que un animal sano recibe un

cultivo de bacilos y esporos sin sufrir la menor molestia, si previamente se han destruído las toxinas por el calor; pero que el mismo animal es invadido del tétanos si se rebaja su vigor orgánico, por un traumatismo, un enfriamiento ú otra infección concomitante. En cambio desconocemos los factores etiológicos del tétanos clínico, porque estalla en los traumatismos más distintos, en los climas más variados, en los organismos de más diversas resistencias, sin que jamás pueda el cirujano predecir, como en otras infécciones, la probabilidad de su invasión. Yo he visto en mi práctica cuatro casos de tétanos, y la única circunstancia que me parece haber coexistido en ellos, es la de un descenso brusco de la temperatura ambiente y un probable enfriamiento del herido. Tal condición señalada de antiguo es demasiado general para que pueda considerarse como patogenética, pero al menos se ve en ella armonía entre lo que arroja el laboratorio y la clínica. También parece entreverse la misma relación armónica en el hecho de que los bacilos exijan temperaturas elevadas para pulular y producir toxinas y el dato de que el tétanos sea muy frecuente en los climas tropicales. A semejanza de lo que ocurre con muchos ofidios, el bacilo de Nicolaier sería muy venenoso en las regiones cálidas y casi inofensivo en los países templados.

Esta paradoja del calor como necesaria á la virulencia del microbio, y el enfriamiento como indispensable á la receptividad del organismo, es quizá más ingeniosa que real; y no es suficiente para pronosticar la invasión del acceso tetánico. Hay una diferencia profunda entre esta complicación y las restantes infecciones quirúrgicas. El cirujano que ejecuta, v. gr., una laparotomía laboriosa, sueña con la peritonitis; el que opera extensamente en la boca, teme la infección séptica; el que abre una coxalgia presiente la infección purulenta. Todas estas infecciones le contrarían, pero no le sorprenden. La aparición del tétanos, en cambio, le causa verdadero estupor, porque no lo ha previsto ni puede casi nunca darse cuenta clara del verdadero origen de la enfermedad. Y es muy de lamentar tal ignorancia hoy que disponemos de un medio preventivo eficaz, en el suero tetánico. La única manera de que el descubrimiento de Behring y Tizzoni tengan aplicación útil, estriba en que pudiéramos pronosticar qué heridas son las amenazadas. De otro modo es ilusoria su eficacia ante la imposibilidad de someter los traumatismos á las inyecciones, máxime si se tiene en cuenta de que es necesario repetirlas cada nueve días, puesto que su acción inmunizante es muy pasajera».

Después de haber señalado las obscuridades que rodean aún la etiología de esta enfermedad, se ocupa del tratamiento instituído en el caso actual. ¿Cuál ha sido la verdadera causa de la curación del enfermo? ¿Ha influído en ella el suero? ¿Se debe exclusivamente á la amputación?

La acometida brusca é intensa del tétanos no permite pensar de otra manera sino que el envenenamiento adquirió desde luego caracteres de gravedad. La tétano-toxina pasó de los nervios del antebrazo á las primeras raíces dorsales y últimas cervicales, subió con celeridad á lo largo de los centros reflejos de la médula, llegando el primer día á los núcleos bulbo-protuberanciales del facial y maxilar inferior, á juzgar por la risa sardónica y el trismus; ambos, contracturas reflejas de los músculos de la cara y del masetero. Pues bien, es innegable que á las veinte horas de inyectar 5 gra-

mos de suero seco (ó sea 50 de líquido), este tétanos, que resueltamente traía una marcha sobreaguda, se alivió muchísimo, transformándose en tétanos de curso lento. Es verdad que al mismo tiempo se pusieron en práctica otros medios aconsejados por la ciencia (cloral, sudoríficos, reposo), pero no es probable que mejoría tan notoria fuera debida á ellos y especialmente que se modificara la evolución de la enfermedad.

El niño pudo alimentarse con relativa facilidad los días siguientes, abría casi la totalidad de la boca, el opistótono era mucho menos marcado, y los músculos del brazo y antebrazo distaban de hallarse con la dureza y rigidez del primer día del acceso. La prueba hubiera sido decisiva de haber continuado el uso del suero, pero esto no pudo hacerse, y tampoco juzgó prudente fiarse en absoluto de un método de eficacia discutida, y apeló al recurso de la amputación, medio mucho más seguro y radical.

Se sostiene teóricamente que la eficacia del suero es más profiláctica que curativa puesto que el ataque revela ya una impregnación del tejido nervioso por las toxinas (1) y es ilusorio neutralizarlas desde el momento que la acción está provocada.

Este argumento pudiera admitirse (aunque no á toda satisfacción) si por el hecho de la contractura tetánica consumiera y agotara el organismo la fuente y origen de las toxinas. Mas como esto no es cierto, porque la herida prosigue la fabricación del veneno, el suero llegará en rigor tarde á destruir la toxina que haya excitado los centros reflejos-medulares, pero contrarrestará las substancias que incesantemente se forman en el foco traumático.

He aquí por otra parte lo que arroja la experiencia clínica de los casos tratados por el suero durante el año 1899, según Depage :

Casos tratados por las inyecciones subcutáneas de suero.....	27
Curados.....	22
Muertos.....	5

Más de la mitad fueron tétanos de curso crónico, repitiéndose las inyecciones hasta la curación en cantidad variable ; en uno se llegó á 280 gramos de la antitoxina ; lo que prueba la inocuidad de la misma. En casi todos se combinó el suero con el empleo de otros medios curativos y también se recurrió á la amputación en tres casos, obteniendo siempre el éxito terapéutico.

Se ve que la estadistica no es desfavorable, y si bien es de presumir que habrán dejado de publicarse los que no han obtenido resultados del tratamiento antitóxico, la cifra bruta de 25 curaciones debidas al suero, es por sí suficiente para no mirar con menosprecio este recurso terapéutico.

No ha citado los casos sometidos al procedimiento de las inyecciones intracerebrales, que si teóricamente se le juzga más beneficioso, hasta ahora no ofrece gran superioridad en la práctica. La estadística de Jully acusa 8 curados en 34 enfermos, es decir, menos del 37 por 100. Tienen además estas inyecciones, aparte de la complicación técnica, gravísimo peligro de infectar el cerebro porque los sueros no pueden esterilizarse á la ebullición, teniendo en cuenta que las toxinas se descomponen á 60°.

(1) Metchnikoff, Marie, Rovue, etc., sostienen que las toxinas se fijan en el tejido nervioso como las materias colorantes.

«Refiriéndonos, dice el Dr. Areilza, al beneficio que haya reportado la amputación, juzgo que ha sido claro é innegable. Nada más indicado que la supresión del centro donde se elabora el veneno para obtener la desaparición del tétanos. Ya lo había visto así Larrey en sus campañas de Napoleón, y por eso era ferviente partidario de la ablación de los miembros para quitar la causa de la irritación tetánica. En nuestros tiempos ha vuelto á su antiguo favor después del informe que Berger presentó á la Academia de Medicina de París, en 1893, con cuya doctrina nos hallamos enteramente de acuerdo.

Podría en este caso existir alguna duda de la acción paliativa del suero, pero la influencia de la amputación ha sido decisiva y manifiesta. Todos los síntomas remitieron á poco de ejecutada y el niño entró en franca convalecencia».

En resumen, dice el Dr. Areilza: *El suero antitetánico alivió notablemente al enfermo, transformando el tétanos de marcha aguda en tétanos de marcha lenta; pero la amputación le curó rápida y radicalmente.* — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 30 de Abril de 1901.

Sobre la conservación en los traumatismos por las balas actuales.—El doctor DELORME: Un soldado fué herido accidentalmente por una bala de fusil Lebel disparado á 5 metros de distancia. El proyectil penetró por la cara posterior del brazo derecho, siguiendo el eje del miembro, á 8 centímetros por encima del olécranon. Produjo la fractura conminuta del húmero, lesionó la humeral, después, al penetrar en el antebrazo, produjo en él un efecto explosivo, que hizo estallar las carnes desde el pliegue del codo hasta cerca de la muñeca; la radial fué desgarrada hacia la parte media de su trayecto. La bala salió cerca de la cubital, produciendo la fractura conminuta de la primera falange del dedo meñique. Se hizo la compresión y el herido fué conducido al hospital.

Aunque había tres causas consideradas ordinariamente como motivos de amputación, principié por ligar los dos extremos de la humeral y los de la radial, cuyo extremo inferior daba sangre, lo que indicaba que, gracias á las anastomosis de la interósea posterior, la circulación arterial no estaba interrumpida.

La fractura no pertenecía al tipo por contacto en el que las esquirlas adherentes deben respetarse, sino que era debida á la perforación; las esquirlas estaban, por consiguiente, libres y era preciso extraerlas. La extracción

fué fácil por el conocimiento de la constáncia de su sitio: última mitad del trayecto de salida. Inmovilización con mi corredera de zinc.

A causa de la desgarradura explosiva del antebrazo, el supinador largo, las inserciones de los epitrocleares y el pronador redondo estaban denudados, como disecados, privados de aponeurosis; varios tendones de los flexores colgaban por fuera. En contra de lo que suele suceder en estos casos, no había estupor general. El herido estaba tranquilo y conservaba la sensibilidad.

Toqué la superficie de la herida con la disolución fenicada débil, que no podía, como la concentrada, comprometer la vitalidad de los tejidos contundidos; desinfecté los músculos y tendones denudados ó desprendidos, y con hilos de catgut y de seda fijé estos tendones á los hacecillos musculares ó á los tendones flexores inmediatos. Hecho esto, para disminuir la extensión considerable de la herida antibraquial, aproximé los bordes de la herida cutánea, sin tracción, sin poder unirlos; la piel había experimentado una pérdida de substancia.

Los días siguientes la superficie de la herida supuró en abundancia, y la piel, más lesionada de lo que podía suponerse, á juzgar por su aspecto casi normal, se esfaceló, dejando al descubierto la parte anterior del antebrazo hasta las regiones laterales. Dejé durante dos semanas limpiarse la herida debajo de las curas antisépticas, y después decidí disminuir su extensión. En vez de recurrir á los ingertos ó á la autoplasia por un colgajo tomado del pecho ó del abdomen, preferí usar un método que he empleado varias veces con éxito para reparar pérdidas extensas de substancia durante el período de supuración. Este método utiliza la propiedad de la piel de *distenderse* progresivamente, de *deslizarse* sobre los planos subyacentes á los que está unido por adherencias flojas. Creo útil describirle con algunos detalles.

Se enhebran dos agujas en un hilo de catgut fuerte. Con una de ellas introducida debajo de la cara profunda de la piel adherente, á partir de uno de los bordes de la herida, se punza esta piel de la profundidad á la superficie á 2 ó 3 centímetros de este borde. A 2 centímetros más abajo del primer punto de punción se atraviesa de nuevo la piel, esta vez de fuera á adentro, con la misma aguja, para salir por la herida, deslizándola entre la piel y la aponeurosis. Las dos agujas, sucesivamente, son introducidas debajo de la cara profunda de la piel del otro borde y se sacan á 2 ó 3 centímetros de distancia de él en puntos simétricos distantes uno de otro 2 centímetros. Tirando de los cabos y anudándolos, quedan dos asas sólidas y extensas, que por la tracción doble enérgica, ponen en juego la *extensibilidad* de la piel, atrayéndola con fuerza y *variándola de sitio* por deslizamiento. Los dos hilos que corresponden á la superficie de la herida son bien tolerados.

A 2 ó 3 centímetros más abajo de los primeros hilos se aplican otros nuevos, los necesarios según la extensión de los hilos, teniendo cuidado de que los nudos alternen de lado con las asas continuas.

A los ocho días, la piel, que costaba trabajo estirar, es muy flexible y móvil. En el intervalo que queda entre las primeras asas, más lejos ó más cerca, según ceda la piel, se colocan hilos nuevos, repitiendo esta maniobra las veces necesarias. Los primeros hilos no se cortan hasta después de aplicar y anudar los segundos.

Creo que este método permite obtener un resultado satisfactorio antes que con los ingertos y la autoplasia; con él no es de temer la mortificación de los colgajos; la cicatriz que queda es poco extensa, casi inapreciable, aplastada y sensible como la piel inmediata, mientras que los colgajos autoplásicos, por los que la sangre circula con dificultad, contrastan por su coloración blanca ó subida del color y del nivel de las partes blandas inmediatas. Es raro que tengan la sensibilidad normal.

Este herido curó recobrando todos los movimientos del miembro lesionado, excepto la flexión de la tercera falange sobre la segunda, sobre todo en los tres dedos últimos.

Este hecho permite sacar las conclusiones siguientes:

Para el miembro superior, el método conservador tiene derechos casi absolutos en las heridas por bala, aunque los estragos producidos excedan de los límites ordinarios. La fractura, la lesión de la humeral y el efecto explosivo sobre los tejidos blandos del antebrazo, son susceptibles de la curación rápida y fácil.

El tratamiento de la fractura exige: el descubrimiento y extracción por el orificio de salida de las esquirlas libres que se hallan en la última mitad del trayecto recorrido por el proyectil, las curas antisépticas y la inmovilización por medio de un apósito amovo-inamovible. El apósito metálico de valvas ofrece verdaderas ventajas para obtenerla. Facilita la vigilancia del miembro y la aplicación de las curas.

Las secciones arteriales exigen la ligadura de los dos extremos de la arteria dividida; en las grandes pérdidas de substancia, es necesaria más que la autoplasia y los ingertos, la obliteración por las partes blandas inmediatas.

La destrucción de los nervios principales de un miembro que compromete la utilidad, se opone, al parecer, á las tentativas conservadoras primitivas, pero como el diagnóstico inmediato de la lesión no es seguro en este período, aunque haya motivos para sospecharlo, debe intentarse, ante todo, la conservación.

El método conservador, con sus procedimientos lentos y complejos, impone una estabilidad relativa, un personal numeroso, condiciones que sólo se encuentran en los hospitales.

Pseudolitiasis intestinal de origen medicamentoso.—El *Dr. Langenhagen* refirió el caso de un enfermo que expulsó durante un año con los excrementos, 300 cálculos que no eran sino sellos medicamentosos (magnesia y cal) que no habían disuelto los jugos digestivos y que experimentaron en el intestino una verdadera calcificación. Este ejemplo demuestra cuán necesario es emplear sellos bien preparados con substancias pulverulentas y no comprimidas en bloque por instrumentos automáticos.

Estrabismo de los recién nacidos. — El *Dr. Scrini* comunicó los resultados de las investigaciones que ha hecho durante dos años en las Maternidades sobre el estrabismo de los recién nacidos. El estrabismo es frecuente en ellos; puede ser pasajero ó durar toda la vida. Hay cierta relación entre él y el parto, la duración del trabajo y los incidentes que pueden producir. En la Clínica, Baudelocque, por ejemplo, de 136 recién nacidos, 60 presentaban estrabismo convergente alterno y periódico; 40 eran hijos de primípa-

ras, 10 de secundíparas y 10 de multíparas. En la Clínica Tarnier, de 120 recién nacidos, eran bizcos 37, de ellos 18 hijos de primíparas, 13 de secundíparas y 6 de multíparas. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 1.° *de Mayo de* 1901.

De la sección y de la sutura nerviosas.—El Dr. Reynier : A pesar de la argumentación de los Dres. Quenu y Delbet, no me he convencido de que no pueda hacerse en determinadas condiciones la reunión inmediata de los nervios. Cuando se sutura un nervio que ha sido seccionado con limpieza y que es bastante grueso para que los dos extremos puedan coaptar exactamente, no encuentro nada de extraordinario para que la reunión se haga rápidamente como en las heridas de otros tejidos; desde luego las observaciones clínicas hablan en apoyo de lo que acabo de decir. Además de mis observaciones, el Dr. Monod presentó en 1894 en esta Sociedad, un enfermo al que había hecho cuatro días antes una resección del nervio radial y suturado inmediatamente después los dos extremos del nervio dividido. Pues bien, dicho enfermo examinado al día siguiente de la operación, no presentaba ninguna alteración de la sensibilidad, ni indicios de parálisis de los extensores.

El Dr. Walther : Esta discusión me inclina á comunicaros la observación, referente á un hombre de veinticuatro años, conductor de un automóvil, que llevaba la mano sobre la manecilla del vehículo, mano que fué bruscamente llevada hacia adelante en el momento de una explosión y atraída de tal suerte, que no parecía unida al antebrazo más que por un puente de tegumento que sólo medía dos traveses de dedo de ancho. Esto no duró más que un momento ; al día siguiente toda la región de la muñeca estaba hinchada y después se presentaron alteraciones tróficas y quedó abolida la sensibilidad y la motilidad, accidentes que han persistido más de catorce meses á pesar de un tratamiento en el que figuraban los baños, la electricidad y el amasamiento. Hace algunos días examiné al enfermo y ví que el antebrazo está ligeramente atrofiado, la sensibilidad es casi normal en las zonas del mediano y del radial, pero se nota á un centímetro por encima del ligamento anterior del carpo, un pequeño abultamiento doloroso, probablemente debido al mayor espesor de una vaina tendinosa.

El Dr. Quenu : Hace ya muchos años practiqué suturas nerviosas en perros, á los que había seccionado el ciático ; siempre obtuve la reunión inmediata del nervio seccionado, pero siempre observé también en los cortes examinados al microscopio una zona de tejido cicatricial que separaba los dos extremos del nervio suturado. Por lo tanto, la coaptación de los cilindro-ejes es ilusoria y no se puede admitir que la conducción nerviosa pueda verificarse en estas condiciones, con tanto más motivo, cuanto que en el sitio de la sutura los cilindro ejes se encuentran de modo que las fibras sensitivas pueden hallarse en contacto con las fibras motoras. Como se ve, todo viene en apoyo de que no se restablece la conducción motora inmediata que el Dr. Reynier nos afirma haber observado en dos casos.

El Dr. Poirier : Se puede obtener quirúrgicamente la reunión inmediata de un tronco nervioso, pero es imposible restablecer su función porque los cilindro-ejes separados de su neurona, sufren fatalmente la degeneración walleriana como lo confirman gran número de experimentos.

El Dr. Ricard : Hace bastantes años, por encargo de mi maestro Verneuil, hice secciones y suturas del ciático en 15 perros, de los cuales en 4 se obtuvo la reunión por primera intención, pero sin que se observara el retorno de la motilidad.

El Dr. Potherat : Yo también he observado un gran retardo en el restablecimiento de la motilidad después de la sutura nerviosa, lo cual es un hecho conocido de antiguo ; pero se puede abreviar el tiempo que tarda en obtenerse dicho restablecimiento por medio de lo que es suceptible de favorecer la contracción de los músculos : ejercicios pasivos, amasamiento y electricidad, según he podido convencerme repetidas veces. No pretendo con el doctor Reynier que la sutura de un nervio hecha *inmediatamente* después de su sección, permite un restablecimiento *inmediato* de las funciones del miembro correspondiente ; sin embargo, yo puedo decir, apoyándome en hechos personales, que en estas condiciones se restablece la motilidad con mucha rapidez.

El Dr. Lejars : Hasta el momento actual no creo que poseamos un sólo hecho de retorno inmediato de la sensibilidad y motilidad después de una sutura. Se obtienen reuniones por primera intención, pero esto es todo lo que se observa. De todos modos, creo que se ha de intentar siempre esta reunión lo más pronto y lo mejor posible.

Tratamiento de la ectopia renal por el amasamiento.—El Dr. Richelot : El riñón móvil es una afección frecuentemente rebelde, contra la cual las fajas con ó sin pelota y los diferentes procedimientos de nefropexia, son con frecuencia impotentes. Partiendo del principio de que la mayoría de los casos de riñón móvil, son debidos á una congestión más ó menos intensa del riñón, la señorita Rosenthal, ha pensado que el amasamiento del órgano podría tal vez ejercer una acción favorable, descongestionándole y llevándole poco á poco á su sitio habitual. Los hechos no han tardado en darle la razón y yo puedo certificar, por haberlo observado yo mismo, que todos los enfermos de mi Clínica que he confiado á la señorita Rosenthal han salido de sus manos curados ó considerablemente mejorados. El manual operatorio de este amasamiento es el que se sigue en el método de Thure-Brandt ; los dolores son el primer síntoma que desaparece y veinte ó treinta sesiones son suficientes para obtener el resultado que se desea. — Codina Castellví.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA INGLESA

Sesión del día 25 *de Abril de* 1901.

Retroversión del útero.—El *Dr. Macnaughton Jones* manifestó lo siguiente: 1.°, todo útero móvil y reducible debe tratarse desde el primer momento por un pesario, que permanecerá aplicado un espacio de tiempo proporcionado á la tendencia que existe por parte del útero á recobrar la posición pos-

terior; los estados asociados de los anejos son susceptibles de tratamiento en estos casos, que debe preceder ó seguir á la reposición del útero; 2.°, si el estado de los anejos exige una operación, se practicará la colpotomía, con resección de los anejos y uso de un pesario; 3.°, un útero inmóvil ó irreducible, ó un útero reducible, pero que por sus condiciones ó por sus adherencias sea incapaz de retener en posición nornal un pesario, debe tratarse por la operación, cuya naturaleza dependerá de la edad y probabilidades de concepción de la mujer, del grado de padecimiento de los anejos, del estado de la abertura vaginal y del periné, de las complicaciones como cistocele, rectocele y de la coexistencia de una enfermedad uterina con la dislocación. La primera clase de intervención operatoria consiste en el método de Alexander ó en las modificaciones de Küstner, Edebohls y otros. En la segunda se practica la fijación intra ó extraperitoneal del útero á la vagina, como en las operaciones de Müller, Dührssen y A. Martin. En la tercera se fija el útero por los métodos medios, como en las operaciones de Leopold, Czerny, Pozzi y otros, la operación lateral de Olshausen y Sänger, ó el método de suspensión de Howar Kelly (fijación al peritoneo y á la aponeurosis subperitoneal). Emplea la ventrofijación ó la suspensión, y si es necesario operar, cree que la celiotomía es el medio más seguro y satisfactorio de corregir la mayor parte de las complicaciones de los anejos, sin mayor peligro para el embarazo que los otros métodos. En el caso simple de un útero móvil y reducible, la operación de Alexander-Adam es el método de tratamiento clásico.

El *Dr. W. Alexander* dijo que en las dislocaciones agudas y recientes los síntomas son acentuados. Cuando la enfermedad se hace crónica, los síntomas desaparecen, y este hecho es causa de que se diga que en la dislocación no hay síntomas. Las dislocaciones resultan de un esfuerzo brusco, del ejercicio exagerado durante el período menstrual, ó son consecutivas á los abortos y á los partos. El tratamiento paliativo corrige por completo todos los síntomas. Sólo es cuestión de tiempo, cuidado y habilidad; pero en ciertos casos los síntomas son refractarios, y entonces es preciso recurrir al tratamiento operatorio. Refiriéndose á su operación — acortamiento de los ligamentos redondos —, la inclinación, aun ligera, del útero hacia atrás, es causa del fracaso en muchos casos. Cuando existen adherencias, abre el seno de Douglas, introduce el dedo y las rompe, hasta que es posible dirigir el útero hacia adelante y colocarlo en anteversión. Después acorta los ligamentos redondos y tapona la vagina con gasa. Si encuentra alguna lesión en la pelvis, la extirpa por la abertura vaginal en la misma sesión.

El *Dr. J. W. Taylor* manifestó que la inclinación hacia atrás es una dislocación que en los casos recientes ocasiona grandes sufrimientos, en particular si va acompañada de metritis ó menorragia, pero que cuando es crónica y no coincide con aumento de volumen del útero, no suele producir síntomas. Los casos recientes ó rebeldes en los que el útero está aumentado de volumen, son principalmente los que exigen tratamiento, y para que sea eficaz, es preciso corregir el aumento de volumen de la matriz y la dislocación de este órgano. El tratamiento por el pesario rara vez es curativo, aunque sí útil para corregir los síntomas más urgentes y para que el cirujano conozca hasta qué punto dichos síntomas son debidos á la dislocación. En

la vagino-fijación, si la unión es únicamente sero-serosa suele ceder. Si es más firme hay un peligro indudable para los embarazos sucesivos. La antigua operación de ventrofijación, rara vez produce resultados perfectos. Ha practicado con éxito la operación de Kelly como accesoria de otras operaciones abdominales. La operación de Doyen es insuficiente; su autor la combina hoy con el acortamiento de los ligamentos redondos. El acortamiento de los ligamentos redondos, operación de Alexander, es la mejor para los casos simples de dislocación posterior. Cuando, como en la mayor parte de los casos que exigen la operación, hay endometritis crónica, principia la operación por la desinfección vaginal y el raspado.

El *Dr. C. Routh* dijo que en muchos casos la retroflexión que curaría con un pesario de vástago asociado á otros medios de tratamiento, se hace incurable si se adopta otra terapéutica y no se emplea dicho pesario. La hemorragia, que suele considerarse como una contraindicación para el uso del pesario de vástago, la cree beneficiosa porque corrige la congestión uterina.

El *Dr. F. Bowreman Jessett* manifestó que cuando duda si el fondo del útero ha contraído ó no adherencias, anestesia á la enferma. Anestesiada ésta, es fácil reponer en su sitio un útero que al parecer estaba retenido por adherencias. Muchas enfermas mejoran y hasta curan con los pesarios. Acostumbra á emplear durante dos ó tres meses el pesario de Hodge cubierto de glicerina, y después el de Hodge ordinario, ó el de Smith-Hodge. Los pesarios de vástago suelen ser útiles, si después de introducidos permanece la enferma una semana en decúbito dorsal.

El *Dr. G. Elder* indicó estar conforme con el Dr. Alexander, en que las causas principales de la retroversión y retroflexión son el ejercicio exagerado durante los períodos menstruales y los abortos y partos mal tratados. Emplea un pesario de vástago, y cree que éste favorece el desagüe y corrige la congestión. En las jóvenes solteras, basta casi siempre el pesario de Hodge combinado con el tratamiento general. Si después del parto ó del aborto se encuentra el útero aumentado de volumen y en retroversión ó retroflexión, debe favorecerse su involución. Después de corregido el período agudo, es preciso curar la metritis, si existe, y restaurar el periné antes de aplicar el pesario. La dificultad de encontrar el ligamento redondo le ha hecho abandonar la operación de Alexander, y hoy prefiere la ventrofijación abdominal.

El *Dr. J. Sinclair* dijo que no cree conveniente dejar aplicado el vástago uterino más de una fracción de semana. Cree que la operación de Alexander, que ha practicado 40 ó 50 veces, sólo es eficaz cuando no hay complicaciones, es decir, en los casos que curarían sin operación. Cuando por el estado del útero ó por ser la dislocación antigua no es posible curarla sin operación, el procedimiento más eficaz es la ventrofijación. Los puntos esenciales, si hay probabilidad de un nuevo embarazo, son no coser el fondo del útero y conservar las funciones de los ligamentos redondos. — F. Toledo

---

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 1.° *de Mayo de* 1901.

Tratamiento de la eclampsia puerperal. — El *Dr. J. W. Eden* dijo que uno de los puntos sobre el que están de acuerdo los observadores, es el aumento de mortalidad en los casos de albuminuria — de 30 á 77 por 100 — y el desarrollo imperfecto del feto. En la albuminuria, la placenta se encuentra también en estado patológico, lo que, según toda probabilidad, influye sobre la mortalidad y el mal desarrollo del feto. Las alteraciones placentarias consisten en un infarto extenso, llamado «infarto patológico», para distinguirle del proceso normal de la placenta adulta. El infarto en la placenta sana es debido á la obliteración de las arterias fetales; en el «infarto patológico», la obliteración arterial es más acentuada. La lesión primitiva es probablemente idéntica en los dos. La teoría toxémica de la albuminuria explica bastante bien los fenómenos clínicos de esta enfermedad y la producción de las lesiones placentarias. La acumulación de toxinas en la sangre materna afecta con rapidez la cualidad de la sangre fetal y las alteraciones de las arterias del feto son debidas á las impurezas de la sangre que circula por estos vasos. Las toxinas pueden formarse en los tejidos maternos, pero son productos del metabolismo del tejido fetal. Aceptando la teoría toxémica de la albuminuria, las alteraciones hepáticas y renales deben considerarse como simples incidentes de la enfermedad y no como causa de ella. La objeción más fundada á esta teoría es, al parecer, que prueba demasiado que toda mujer embarazada debe padecer albuminuria. Habrá, ante todo, deficiencia en la proporción normal de eliminación á causa de la acumulación de toxinas en la sangre, y á esto es debido todo el cortejo de síntomas. Sir A. Clark ha descrito un estado de «incapacidad renal» debido á la eliminación deficiente por estos órganos. Es posible que ocurra una cosa análoga durante el embarazo, y que la causa primordial sea debida á la madre.

El *Dr. A. Giles* manifestó que para formarse una idea clara del valor de la transfusión salina ó de otro cualquier medio terapéutico en el tratamiento de la eclampsia, es necesario hacer algunas observaciones. Es preciso, ante todo, distinguir entre la enfermedad renal que complica accidentalmente el embarazo y los casos de albuminuria y de toxemia que dependen directamente del embarazo mismo. En segundo lugar, es necesario hacer una distinción entre la disminución ó supresión de la excreción y el estado tóxico de la sangre independiente de esta disminución ó supresión. La enfermedad renal primitiva está asociada generalmente con eliminación imperfecta, y en estos casos el valor de las inyecciones salinas es dudoso. Es preferible recurrir á los medios aplicables en los casos de uremia que no están complicados con embarazo, á saber: los saquillos llenos de agua caliente, los diuréticos y los purgantes. Las toxinas del embarazo no están necesariamente asociadas con eliminación defectuosa, y en estos casos pueden obtenerse buenos resultados con el tratamiento que aconseja el doctor H. Groves. El pronóstico es también muy diferente; en el caso de enfer-

medad renal primitiva, el diagnóstico inmediato es más grave y hay pocas esperanzas de curación después del parto; en la toxemia gravídica el pronóstico inmediato es más benigno, la curación después del parto suele ser completa y los embarazos sucesivos no van acompañados necesariamente de reproducción de los síntomas. Cuando la inyección salina está indicada, algunos autores aconsejan combinarla con la sangría en las enfermas pletóricas. La inyección salina subcutánea en el pecho ó en las paredes abdominales, es más fácil y de acción más rápida que la transfusión venosa. Se ha dicho también que es más eficaz porque el líquido se mezcla con el suero en los tejidos antes de pasar al torrente circulatorio.

El *Dr. R. Jardine* indicó que acepta la teoría toxémica en la eclampsia. La toxina es, á su juicio, un producto de desasimilación del metabolismo de los tejidos. El Dr. Eden cree que al morir el feto la albúmina disminuye ó desaparece, pero ha observado por su parte tres casos graves de eclampsia con fetos macerados en los que la orina de las enfermas era muy albuminosa. Un punto importante es conocer cómo se comporta el organismo materno con los productos de desasimilación. En primer lugar, la eliminación por el aparato digestivo es inferior á la normal. El estreñimiento es la regla en el embarazo y en la eclampsia. Cree que la toxina obra sobre los riñones como la trementina y la cantaridina. La orina se hace albuminosa, á veces sanguinolenta, y hasta puede haber anuria completa. Ha observado en cuatro casos degeneración de las células hepáticas. Está convencido de que el hígado desempeña una parte importante en la destrucción de la toxina. El Dr. H. Groves cree que el aumento de coagulabilidad de la sangre produce embolias múltiples que originan los ataques eclámpsicos, pero se inclina más bien á creer que son causados por la acción directa de la toxina sobre los centros nerviosos. La toxina afecta, según parece, al feto igual que á la madre. Ha encontrado albúmina en la orina en todos los casos examinados. La ha encontrado también en la orina de los niños cuyas madres padecieron albuminuria mortal sin ataques eclámpsicos. Admitida la existencia de una toxina en la economía, cree que la forma más racional de tratamiento es favorecer su eliminación por las vías naturales, obrando sobre los intestinos, la piel y los riñones. Los diuréticos administrados por la boca son de acción muy lenta, pero la disolución salina normal produce la diuresis con rapidez. Al segundo día la diuresis es profusa, el veneno está diluído y toda la economía estimulada. Para comprobar los resultados de este método de tratamiento, citó las estadísticas del Hospital de la Maternidad de Glasgow. El Dr. Munro Kerr ha tratado durante los últimos quince años 80 casos de eclampsia. Con los métodos de tratamiento antiguos la mortalidad fué de 47 por 100 y con las infusiones salinas sólo de 24 por 100. Debe tenerse en cuenta que algunas enfermas estaban gravísimas y hasta moribundas. Cree que la infusión salina es eficaz porque la ha empleado en 22 casos y sólo ha perdido 3 enfermas.

El *Dr. Munro Kerr* dijo que la infusión salina es indudablemente un diurético eficaz, aunque de acción lenta. Además de sus efectos diuréticos, obra estimulando el corazón y diluyendo el veneno. Considera la infusión salina como un auxiliar eficacísimo del tratamiento general de la enfermedad. Aconseja otros medicamentos, por ejemplo, la morfina y el cloral, pero sólo

cuando hay mucha agitación y los ataques no son contenidos desde luego por la infusión salina. Respecto á la mortalidad fetal é infantil tan elevada, cree que aunque en ciertos casos la muerte puede ser debida á las alteraciones de la placenta descritas por el Dr. Eden, dependen casi siempre de las toxinas.

El *Dr. A. Routh* manifestó estar conforme con el Dr. Herman en que no se ha demostrado que las convulsiones y el coma sean debidas á la coagulación de la sangre y á la trombosis capilar múltiple que ocasiona las toxinas. Si se empleara la transfusión salina no cuando se han presentado los ataques, sino en el período pre-eclámpsico, se comprobaría mejor su utilidad. Cree que durante las convulsiones deben emplearse los sedantes, sea el que quiera el valor de la transfusión salina.

El *Dr. Handfield Jones* dijo que es anticientífico hablar de tratar la eclampsia puerperal por las infusiones salinas, como si todas las causas de esta complicación fueran de la misma naturaleza y exigieran igual tratamiento. Es verdad que la retención de productos tóxicos en la economía suele ocasionar convulsiones, pero en otros casos los ataques son originados, al parecer, en el sistema nervioso central. En algunos, la inyección de líquido salino es indudablemente útil. Muchos casos curan con la sangría, con la evacuación del líquido amniótico, con los sedantes, y en estos casos la transfusión salina es completamente inútil.

El *Dr. W. S. A. Griffith* citó estadísticas del Hospital de la Reina Carlota para demostrar lo indicado en la sesión anterior. Desde enero de 1899 á marzo de 1901, han parido en este Hospital 2630 mujeres, de las que padecían albuminuria 135 (el 5 por 100); de ellas, el 7'2 por 100 primíparas y el 1'6 por 100 multíparas. De las 135 mujeres albuminúricas, padecieron eclampsia 6.

El *Dr. P. Horrocks* dijo que los casos publicados no le han convencido de que la transfusión salina sea un remedio contra la eclampsia puerperal. Se han empleado otros muchos modos de tratamiento, y sin embargo, desconocemos el mejor medio de curar la enfermedad. Aunque la pilocarpina es un medicamento peligroso en los casos poco apropiados, cree que empleada con prudencia es eficaz en la eclampsia puerperal. Respecto al líquido salino, es preferible no inyectarle en las venas, sino en el tejido celular ó en el recto, porque debe tenerse en cuenta que en estos casos no ha habido pérdida de sangre y no conviene repletar los vasos, como en la hemorragia abundante, y además, que la presión sanguínea está aumentada á causa de las convulsiones, y es peligroso, por lo tanto, inyectar varios litros de líquido en el sistema vascular. No cree que la sangre absorba el líquido salino del tejido celular ó del recto en abundancia peligrosa, porque se trata de un proceso físico (osmosis) y la sangre deja de absorber en cuanto los vasos están llenos.

El *Dr. Groves* manifestó que algunos observadores no han obtenido en la eclampsia los mismos resultados que Veit con la morfina y Charpentier con el cloral. Cree que las pequeñas hemorragias del cerebro, riñones, etc., rodeadas de áreas de necrosis, son debidas al estado patológico de la sangre y de los vasos sanguíneos y no resultado mecánico de los ataques. Aconsejó la transfusión salina repetida cuando hay coma profundo, cianosis y anuria, y el cloroformo durante el parto.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 27 de Marzo de 1901.

Distrofia de las uñas en un caso de hidrargirismo profesional. — El doctor Hirschberg: El enfermo que aquí presento, había ingresado en el Hospital de Moabit á causa de una afección intestinal que no tenía relación con la lesión ungueal, de que hoy vamos á tratar. Las uñas de los dedos de las manos presentan lesiones muy graves y pronunciadas, aunque de variable intensidad. En los índices y pulgares sólo se ven, además, pequeñas hendiduras, estrías y convexidades dirigidas hacia arriba; en las demás uñas faltan el surco y el reborde ungueal, de tal manera que la epidermis se continúa en la cara dorsal del dedo con la substancia de la uña, y ésta presenta una consistencia blanda; en cambio, otras uñas están más duras y como astilladas, pero en este caso, más bien que de uñas se trata de prominencias abolladas y puntiagudas. La génesis de estos hechos es una distrofia de las uñas, en que se altera muy especialmente el proceso de queratinización. Este sujeto está ocupado en una fábrica de espejos; á consecuencia de haber estado poniendo sus dedos en contacto con mercurio, contrajo una intoxicación hidrargírica típica con estomatitis, enteritis y temblor; curó de ella, pero las lesiones ungueales que entonces se presentaron, siguieron una marcha progresiva hasta acabar por la degeneración de las mismas. Es de advertir que cuando se presentó la afección ya llevaba mucho tiempo el enfermo de estar ocupado en su oficio, y que en los otros obreros no se ha observado cosa parecida.

El Dr. Lassar: He observado la onicógrifosis en un conocido cirujano, que atribuyó su lesión al manejo del sublimado con fines desinfectantes. La afección cesó tan pronto como el interesado dejó de servirse del bicloruro hidrargírico para sus lavados.

Tratamiento conservador de los tumores supurados de los anejos (*tema presentado por el Dr. Dührssen*).—El Dr. H. Landau: En las operaciones ginecológicas, yo procedo desde hace mucho tiempo con arreglo al principio de *ubi pus, ibi evacua*; ya desde 1880 á 1890, han practicado L. Landau y otros autores, operaciones con arreglo al procedimiento que ahora aconseja Dührssen, recurriendo á la incisión, no sólo en casos de afecciones supuradas de las trompas, sino también en otras análogas por su asiento y por su forma. Sin embargo, no siempre se puede establecer con seguridad el diagnóstico del origen y de la localización de los abscesos pelvianos. Desearía que Dührssen nos diera á conocer los signos que le sirven de guía para distinguir el piosalpinx y el absceso ovárico. Tampoco creo que un ovario operado á causa de un absceso conserve después movilidad, puesto que, según enseña la Anatomía patológica, generalmente se establecen adherencias por virtud de esas lesiones. Para estos casos he propuesto, después de apartar la vejiga y los uréteres, resecar el útero, á fin de crear una abertura muy amplia que prevenga la retención del pus. Es procedimiento útil y que se ha empleado con éxito en algunos casos. Sin embargo, la operación se ha practicado con menos frecuencia desde que mi ayudante Vogel, inventó un di-

latador de varias ramas, que permite buscar y abrir abscesos muy altos con la aguja de punción. La ligadura de los ligamentos, etc., que aconseja Dürhssen, creo que sólo es útil en casos excepcionales; en los abscesos que llegan hasta el fondo de la vagina, la regla es practicar la punción directa. Si ésta no basta, es que existe una fijación considerable en el ligamento cardinal, y en ese caso, el método de Dührssen tropieza con dificultades técnicas enormes, siendo mucho más sencillo apartar la vejiga y los uréteres después de practicada una incisión anterior, ó abrirse paso á la cavidad abdominal mediante una incisión vaginal posterior, y guiándonos por el tacto, penetrar en sentido ascendente con la aguja de punción, con lo cual ya es fácil poder abrir el absceso. De esta manera se vence la dificultad que resulta del hecho de que en muchos casos existen cicatrices gruesas y callosas que es preciso comenzar por incindir. Precisamente en estos casos es en los que suele prestar muy buen servicio el dilatador de Vogel. De este modo se ha evitado siempre toda lesión accidental, no habiéndose observado nunca lesiones de este género en los uréteres ni en el recto. Sin embargo, no es método que garantiza la seguridad del éxito, puesto que el tratamiento de la herida al descubierto no es bastante para detener la marcha de los procesos inflamatorios, ni de los abscesos en su caso. Nada más común en casos de este género que tener que intervenir de nuevo algunos años después, á causa de que se recrudezcan procesos que ya se creían curados. No soy, por lo tanto, adversario absoluto del procedimiento de incisión que aconseja Dührssen, ya que éste es indudablemente poco cruento y muy conservador en un buen número de casos.

El Dr. Broese: En los casos de afecciones purulentas graves de los órganos pelvianos es generalmente imposible decir si se trata de una peritonitis, de un piosalpinx ó de un absceso ovárico; hasta en la misma mesa de autopsia puede darse muchas veces el caso de que sea difícil determinar el órgano de donde ha partido la supuración. Tampoco estoy conforme con Dührssen en admitir la movilidad del ovario supurado. Los métodos recomendados por este autor ya son de fecha antigua; tal sucede con las colpotomías posterior y anterior (Küssner), que se han propuesto para abrir el absceso. En algunos abscesos es útil la resección del ligamiento cardinal; pero se trata de abscesos intraperitoneales, en los que quedan éstos muy en segundo término, aun en el caso de que reconozcan por origen lesiones de las trompas. El asunto varía por completo cuando se trata de lesiones tubo-ováricas; en estos casos puede ser difícil ó imposible obtener la curación por medio de una simple incisión. Sin embargo, en estas circunstancias, por lo menos, no se originará perjuicio alguno con este procedimiento, que conviene, sobre todo, en los sujetos febricitantes y muy desnutridos; en cambio tampoco se puede excluir, por otra parte, la posibilidad de que sobrevengan retención de pus, fusión icorosa del mismo, etc., aun empleando el método de incisión. También en esos casos suele ser muy frecuente que haya necesidad de practicar después otras operaciones. Yo no creo que un piosalpinx pueda ser curado por medio de la incisión.

El Dr. Dührssen: Con mi conferencia sólo he querido recordar métodos que no son nuevos, pero que no se mencionan ni aun en Tratados muy modernos. Lo que yo aconsejo es una ampliación muy considerable del método,

sobre todo para aquellos que tienen cierta aversión á la punción y que prefieren poner al descubierto la cavidad purulenta por medio de una incisión amplia, á fin de que se la pueda abrir directamente con la guía del dedo. Con los demás métodos aconsejados por Landau, etc., se han producido lesiones accidentales, y en algunos casos hasta se han ocasionado lesiones de las arterias uterinas y hemorragias copiosas. En una porción de casos de otra época, en que practiqué la extirpación, se habría podido proceder de un modo más conservador con mi sencillo método actual. No siempre se puede establecer el diagnóstico diferencial entre el piosalpinx y el absceso ovárico; pero, en general, ya se puede resolver de qué forma de lesión se trata. El piosalpinx es un tumor alargado; el absceso ovárico, alargado: el primero se puede seguir á partir del útero. Resulta de esto que el diagnóstico no es tan difícil como algunos suponen. En un caso, después de curado un absceso, encontré movible el ovario, hecho análogo al que se observa en los casos de flemones de las piernas. En los casos de abscesos solitarios, puede muy bien suceder que, después de curada la lesión, no quede el ovario adherido por arriba por ninguna adherencia parietal, sino tan sólo aglutinado á la superficie del ligamento lateral.

Yo no me limito al procedimiento de incisión, sino que empleo toda una serie de métodos; debo, sin embargo, reclamar el derecho de inventiva respecto á mi método de división del ligamento. Lo peculiar de este método consiste en la división total del ligamento y la extirpación de todo lo enfermo, dejando intacto lo que se encuentra sano (resto del ovario y del útero) para que pueda continuar la función menstrual, por cuya razón, este método conservador conviene muy principalmente en las enfermas jóvenes. Sin embargo, este método sólo es factible cuando se trata de tumores cuyo volumen está comprendido entre el de una manzana y el de una cabeza de adulto; cuando la operación ofrece más probabilidades de éxito, es en los casos en que el tumor se ha abierto en el recto.—R. del Valle.

XIX CONGRESO ALEMÁN DE MEDICINA INTERNA

Celebrado en Berlín del 16 *al* 19 *de Abril de* 1901.

(Continuación)

Sobre la mielitis. — El Dr. Schultze, de Bona: Yo no creo que la pérdida de células ganglionares pueda acarrear trastornos tan duraderos como se observan en la poliomielitis aguda. Si los venenos son capaces de atacar á dichas células, también deben serlo de provocar la inflamación del tejido ambiente. En los casos de poliomielitis aguda deben examinarse detenidamente las meninges. En un caso de poliomielitis aguda en una embarazada existía meningitis; en cambio no se halló ninguna bacteria, no obstante haber transcurrido tan sólo ocho ó diez días, á contar del principio de la enfermedad. Además de esto existen, al parecer, grandes relaciones etiológicas y de otro género entre las meningitis epidémicas y esporádicas y la poliomielitis. Esta última debe ser la causa de algunos casos de sordo-mudez, á la

manera de como sabemos sucede con la meningitis cuando recae en el niño. Conviene saber que hay casos de tumores medulares que, por no ir precedidos de su período precursor habitual de dolores neurálgicos, simulan con sus síntomas paralíticos una mielitis aguda, y que diagnosticando á tiempo los tumores de la médula, se puede, por medio de la intervención quirúrgica, obtener muy buenos resultados. Por último, entiendo que la punción lumbar que aconseja Quincke conviene usarla más á menudo de lo que se viene haciendo.

El Dr. von Kahlden, de Freiburgo: En la médula sucede exactamente como en el corazón y en el riñón: una causa nociva de poca intensidad produce por de pronto lesiones degenerativas; en cambio, cuando es más intensa es cuando determina también lesiones de las paredes vasculares, hemorragias, infiltración de células pequeñas, etc. En la mielitis diseminada, al lado de focos antiguos, se hallan otros recientes, puntos en que se inicia la destrucción de la substancia medular, otros en que está destruído el cilindro-eje, y por último, se descubren en la médula lesiones del aparato vascular. Además de la hemorragia, desempeña un gran papel en la médula el edema inflamatorio; en cambio falta, ó es muy escasa, la infiltración de células pequeñas. Cuando el edema es muy graduado, es frecuente que esté dilatado, y á veces hasta roto, el conducto central de la médula. Si en ésta existen bacterias ó, lo que es más probable, toxinas, pueden pasar de ese modo á otros puntos de la médula. Admitiendo, como yo lo hago, que ninguna inflamación empieza por el aparato vascular, sino siempre por el parénquima, creo imposible que las células ganglionares puedan desaparecer si la lesión se inicia en el tejido intersticial; dichas células son muy resistentes, y se conservan por mucho tiempo, aunque estén rodeadas por focos edematosos de células pequeñas.

El Dr. Rothmann, de Berlín: Haciendo que pasen semillas de licopodio á la médula, según el método de Lamj, se ve que se localizan de preferencia en las astas anteriores. El bacilo piociánico pasa por la médula sin perjudicar al animal respectivo y sin dejar vestigio. Con cultivos en caldo muere el animal al siguiente día, y se encuentra una degeneración aguda de toda la médula lumbar. La rápida expulsión de los granos de licopodio me hace creer que por muy pronto que sobrevenga la muerte en los casos de embolias bacterianas ó por toxinas, no debemos esperar hallar el cuerpo del delito en la pared vascular.

El Dr. Goldscheider, de Berlín: Las lesiones que se encuentran en los casos de poliomielitis más bien arguyen en pro de su origen vascular. Así, en casos en que ha retrogradado la poliomielitis, no es raro que las células ganglionares no presenten lesión alguna, y que en cambio estén alterados los vasos, la neuroglia y el tejido conjuntivo circundante. Además, en cortes en serie se puede ver cómo las lesiones poliomielíticas siguen el trayecto de los vasos.

El Dr. Münzer, de Praga: Cuando se anemia la médula, las lesiones primitivas son las de las células. Desearía que nos dijera el Dr. Redlich si en los casos en que existen focos aislados de degeneración en la substancia blanca no había también focos necrósicos en la gris.

El Dr. J. Ritter, de Berlín: De 6 casos de mielitis difusa que observé en

niños durante ó á consecuencia de enfermedades infecciosas, en dos de los que terminaron funestamente, demostró la autopsia las lesiones propias de una mielitis difusa cervical, y los experimentos en animales, hicieron ver que se trataba de una lesión de origen ptomaínico.

El Dr. Redlich: La definición de la mielitis que ha dado v. Strumpell se presta á objeciones: presupone una alteración activa de todos los elementos de la médula, alteración que respecto á la neuroglia aún no la conocemos con seguridad, y por lo que se refiere á los elementos nerviosos, sabemos no existe. Sigo creyendo que en la mayoría de los casos de poliomielitis se trata de una inflamación aguda. A la pregunta del Dr. Münzer contesto en sentido negativo. Respecto á los experimentos hechos con semillas de licopodio, haré notar que representan una irritación para la pared vascular, cosa que no sucede con un émbolo pequeño.

Valor terapéutico de la hiperemia artificial. — El Dr. Bier, de Greifswald: Es indudable que la hiperemia por éxtasis sólo obra por su acción congestiva. Se obtiene apretando por encima del foco morboso una venda de goma, de tal modo que se produzca gran hinchazón y edema, pero no lividez ni frialdad. La estancación es difícil de conseguir en un miembro sano, pero facilísimo en un miembro inflamado. Si se producen dolores está mal colocada la venda.

La hiperemia por estancación debilita ó mata las bacterias; sola ó combinada con otros medios, puede curar las artritis tuberculosas, aunque hay casos en que fracasa, no obstante haberla empleado muy pronto. Es inútil ó perjudicial en los casos de cáncer, sarcoma ó sífilis. En cambio me ha dado buen resultado en la artritis blenorrágica, en el reumatismo agudo, sobre todo después de pasado su primer período; también fué útil en los casos de artritis puerperal piohémica. En la erisipela acortó al parecer la marcha de la enfermedad; también detuvo el desarrollo de flegmones muy incipientes.

Estos hechos están en contradicción con las antiguas ideas acerca de la influencia de la estancación venosa en las enfermedades infecciosas; pero se trataba de la estancación fría, que es perjudicial, no de la caliente. En las enfermedades infecciosas agudas que van acompañadas de grandes trastornos circulatorios, la estancación es nociva; hay que limitarla, por lo tanto, á las enfermedades inflamatorias que se hallan en el período subagudo, ó sea cuando ha pasado el primer período agudo de las afecciones articulares, piohémicas y blenorrágicas, y en los casos de inflamaciones flegmonosas cuando son muy recientes. Lo mismo resulta de los experimentos de Notzel.

La estancación sanguínea provoca además la formación de tejido conjuntivo, de tal manera que en muchos casos zonas inflamadas se transforman en pocos días en tejido calloso. También tiene una acción resolutiva, explicándose así la desaparición de nódulos é hinchazones en casos de reumatismo articular crónico. Pero como la sangre venosa estancada retarda la absorción, conviene emplear además el masaje. En los casos en que la hiperemia por estancación provoca dolores, se trata ó de una técnica deficiente ó de que está contraindicado el procedimiento.

Modernamente aún se emplea más la hiperemia activa, que se provoca con aire muy caliente. Desde 1891, y, por lo tanto, antes de haber inventado Tallermann su aparato, ya vengo empleando simples cajas de aire calien-

te. Este no obra ni por derivación cutánea, ni por la pérdida de sudor, puesto que se obtiene el mismo resultado si se introduce un dedo rígido en el aparato. Lo único eficaz es el mayor aflujo de sangre arterial, puesto que los animales que no sudan, y que sólo traspiran muy poco, soportan el mismo calor que el hombre. La acción bactericida sólo podría ejercerse en la superficie. Tampoco creo que tenga importancia la acción refleja, sobre el corazón y sobre los vasos. En mi opinión, el aire caliente provoca una enérgica hiperemia arterial, que también se hace sentir en los tejidos profundos, y que es causa de una aceleración de la corriente sanguínea. En apoyo de mi opinión haré constar que produce los mismos resultados que la hiperemia venosa y, sobre todo, una acción resolutiva en los casos de rigideces articulares, reumatismo articular crónico, residuos de reumatismo articular agudo, artritis blenorrágica, y hasta en casos de traumatismo articular. El aire caliente acelera también el desprendimiento de secuestros : su acción analgésica es del mismo género que la provocada por la estancación sanguínea y, por lo tanto, proviene, no del calor, sino de la hiperemia.

El aire caliente es utilísimo para favorecer la reabsorción de derrames sanguíneos y para hacer desaparecer edemas, sobre todo después de fracturas, aventajando en este concepto al masaje. En algunos casos, quizá convenga emplear alternativamente las dos hiperemias, porque la activa es más eficaz para poner en contacto los principios disolventes de la sangre con los solubles de los tejidos ; en cambio, en los demás casos prefiero, en general, combinar el masaje con la estancación sanguínea. En la artritis reumática aguda, la hiperemia activa no me ha prestado ningún servicio. Los éxitos que se obtienen en los casos de úlceras superficiales, los atribuyo al calor. En cambio, ignoro si el efecto antineurálgico de éste es debido á la hiperemia. No creo que el aire caliente mejore la nutrición de la célula por virtud de la hiperemia que provoca. He demostrado con toda seguridad que la dilatación de los vasos que sobreviene después de la anemia superficial, no es debida á una parálisis de los mismos. Por analogía, creo que tampoco sucede esto con la aplicación del calor elevado ; y así se explica que lo haya empleado con éxito en casos de fracturas antiguas y de várices con todas sus consecuencias.

La técnica del procedimiento es muy sencilla. Se emplea aquel grado de calor que pueda soportarse sin grandes molestias. Todos los días se aplicarán los aparatos una ó dos horas. Cuando se emplea la hiperemia por estancación, también conviene repetirla, por lo menos, dos veces al día. La venda se cambiará mañana y tarde.

Convendría ensayar el procedimiento en los casos de reuma articular crónico.

El Dr. Müller, de Wurzburgo : En los ensayos que he hecho con el procedimiento de Bier, he visto que aumenta mucho la proporción de glóbulos rojos en la sangre y, por tanto, la de hemoglobina, y que parte del suero pasa por presión á las hendiduras linfáticas. Además de esto, disminuye mucho la proporción de oxígeno, aumenta en el suero la de ácido carbónico y se modifica algo la proporción de sales de potasa y de sosa en el suero y en los glóbulos. Estas modificaciones, y las que probablemente se producirán en los principios orgánicos, acaso expliquen los buenos efectos de la estancación sanguínea.

El Dr. Bier: Debo manifestar que la mayor duración con que he empleado mi tratamiento en un caso de reumatismo articular crónico, ha sido de cuatro años, y que en este caso lo combiné con el masaje.

Aritmia paroxística. — El Dr. Augusto Hoffmann: Las investigaciones que he hecho recientemente, me han demostrado, contra lo que había creído en otro tiempo, que el punto de partida de la taquicardia paroxística hay que buscarlo, no en los ventrículos del corazón, sino en los orificios venosos del mismo. Además, por medio de experimentos hechos en corazones de rana, he comprobado la relación que existe entre ciertos trastornos arítmicos y la taquicardia paroxística.

El Dr. Gerhardt, de Strasburgo: Tomando la gráfica del pulso venoso en el hombre, he confirmado los hechos que Hering había comprobado en los animales y, por lo tanto, que en el pulso bigémino tan pronto es la aurícula la que late antes del ventrículo, como sucede lo contrario, ó bien que el latido es simultáneo, influyendo estos hechos en la duración cronológica de dicho pulso.

Efecto de las excitaciones exteriores (térmicas y químicas) sobre el riego sanguíneo de los tejidos profundos.— El Dr. Hintz, de Erlangen: De los experimentos que he practicado, y en los que se averiguó la temperatura de la cavidad pleural por medios termo-eléctricos, se deduce que la aplicación á la piel, lo mismo del frío que del calor, influye en la temperatura de la pleura y la modifica á veces en varios grados. La aplicación al tegumento de alcohol, tintura de iodo ó tintura de mostaza, provoca una hiperemia que se propaga hasta la pleura y que se revela por un aumento de temperatura, que ha llegado á veces hasta 3 décimas de grado. En la tráquea se pueden comprobar fenómenos análogos.

Importancia del iodo como medicamento vaso-motor.— El Dr. Gumprecht, de Weimar: En los experimentos que he practicado en conejos, no he visto que el ioduro sódico influyera en la presión sanguínea, en el corazón, ni en los vasos periféricos. Las dosis grandes obran de un modo tóxico. También dió resultado negativo la administración del iodo en hombres, y sobre todo si eran arterio-esclerósicos, debiendo advertir que estos experimentos los he llevado á cabo con el aparato de Riva-Rocci. La acción del iodo en que tanto insisten los clínicos, caso de que exista, podría depender de otras causas.

El Dr. Ascher, de Berna: Para estudiar un medicamento vascular, no basta con medir la presión sanguínea, sino que hace falta examinar cómo obra sobre los nervios vago, depresor y acelerador. Según los experimentos de Barberá, de que he sido testigo, el iodo influye en estos tres nervios de un modo notable y, por lo tanto, en la regulación del latido cardíaco, siendo de notar que la iodotirina produce un efecto contrario.

El Dr. Heintz: Según mis experimentos, el ioduro potásico aumenta la permeabilidad de los vasos, y quizá así se explique en parte su acción beneficiosa en los casos de arterio-esclerosis.

El Dr. Lerry, de Berlin: La acción vaso-motora del iodo es indudable en los casos de aritmia del pulso, siempre que el medicamento se administre durante algunos meses. — R. del Valle.

(Continuará).

PERIÓDICOS

Tratamiento de las otorreas por un procedimiento pneumático. — Para este tratamiento aconseja el Dr. W. Aitken un vástago metálico rugoso en una de sus extremidades, á la que se rodea algodón hidrófilo para formar un tapón que tape herméticamente el conducto auditivo. Acostado el enfermo en decúbito lateral, se vierten en el conducto auditivo unas cuantas gotas de una disolución antiséptica, se introduce en él el vástago con el tapón y se extrae bruscamente. Esta maniobra se repite varias veces hasta que el líquido inyectado sale completamente claro. Entonces se seca el conducto auditivo y se vierte en el alcohol iodoformado ó amiloformado, que se deja evaporar para que el iodoformo ó amiloformo se deposite en una capa fina sobre los tejidos enfermos. Con este tratamiento tan sencillo ha curado el Dr. Aitken otorreas rebeldes á otros medios terapéuticos. Permite muchas veces evitar la trepanación de la apófisis mastoides, porque limpia perfectamente el oído y lleva la substancia antiséptica hasta las células mastoideas y del ático.—(*The Lancet*).—F. Toledo.

Orquitis de origen grippal. — El Dr. P. A. Sorski refiere haber observado tres casos de grippe en los que, sin antecedentes de blenorragia, traumatismo, viruelas, fiebre tifoidea, escarlatina ni parotiditis, se presentó del quinto al séptimo día de enfermedad una orquitis producida probablemente por infección sanguínea. La hinchazón de los testículos se presentó de pronto, y después de mantenerse en su período álgido durante uno á dos días, comenzó á retrogradar poco á poco. Los dolores fueron muy violentos, y la curva térmica siguió una marcha paralela á la de la lesión testicular, iniciándose con escalofrío, llegando en su punto culminante á 39 ó 40°, y descendiendo de un modo crítico á los dos ó tres días. La enfermedad vino á durar en conjunto de una á dos y media semanas. El tratamiento fué sintomático, antipirético (quinina y antifebrina), unciones de pomada mercurial, reposo en la cama y empleo de un suspensorio con una capa gruesa de algodón en rama. — (*Wojenno Medicinski Journal*). — R. del Valle.

Pulverizaciones de cloruro de etilo contra el lupus. — El Dr. Dethlefoen ha tratado con éxito un caso de lupus facial por las pulverizaciones de cloruro de etilo. No se hizo raspado alguno, limitándose á pulverizar sobre las partes afectadas el medicamento una vez al día durante la primera semana y después cada dos ó tres días. La pulverización era seguida de derrame de serosidad, que se secaba formando una costra. Antes de pulverizar el cloruro de etilo, se desprendía la costra. A las diez semanas las úlceras estaban curadas; los nódulos habían desaparecido, quedando una piel lisa y de aspecto casi normal. El lupus curado era bastante extenso.

(*Hospitalstidende*).— F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN CASO DE GASTRO-ENTEROSTOMÍA—OPERACIÓN

POR EL

DOCTOR D. RICARDO LOZANO

Catedrático de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Creo que tiene siempre interés la narración de la historia clínica de los enfermos operados por intervenciones quirúrgicas que no se hacen á menudo, porque las dudas que ha tenido el cirujano antes de operar y los accidentes que han sucedido después, contienen grande enseñanza para los que practiquen la misma clase de operación.

Esto que sucede con todo enfermo operado, ocurre con más motivo en los de gastro-enterostomía, en cuya operación tiene gran importancia la preparación del enfermo y el tratamiento post-operatorio, aunque se haga abstención de los procedimientos y detalles realizados durante la operación, que también en la gastro-enterostomía tienen importancia de primer orden, mientras los cirujanos no estén acordes sobre el empleo de tal procedimiento con preferencia á los demás.

He aquí la historia de nuestro enfermo:

José....., natural de Roden, provincia de Zaragoza, de treinta y cinco años de edad, soltero y dedicado á las faenas de la agricultura.

Sin antecedentes personales ni de parentesco. Hace nueve años tuvo un violento vómito de sangre, acompañado de grandes dolores de estómago. Desde entonces ha seguido sintiendo grandes dolores en dicho órgano y vomitando todos los días.

Tales síntomas, que comenzaron con poca intensidad y escasa persistencia, han ido aumentando progresivamente hasta llegar á

este año, en que el enfermo sufría grandes dolores y vomitaba dos ó tres veces durante el día.

A principios del actual curso académico ingresó en la Clínica médica, y después pasó á la de Patología general. Los Catedráticos Dres. Royo y Cerrada, encargados respectivamente de dichas Clínicas, diagnosticaron una estrechez pilórica producida por una cicatriz consecutiva á una úlcera del estómago.

Dichos Catedráticos me invitaron á operar al enfermo, y yo acepté porque mi diagnóstico era el mismo que el de ellos.

Efectivamente, el enfermo tenía una gran dilatación gástrica, vomitaba cuando hacía varias horas que había tomado alimentos, no obstante estar sometido en aquel tiempo á la dieta láctea, y sentía unos intensos dolores antes de vomitar. Consecuencia de todo ello era la depauperación y agotamiento orgánico en que se hallaba el enfermo; era casi un esqueleto recubierto por la piel.

Yo hubiese dudado algo más en operarlo si hubiese tenido que hacer una anestesia general por el cloroformo ó el éter, pero yo tenía alguna experiencia en las inyecciones subaracnoideas de cocaína, y por ello no vacilé en operarle.

No creo que este enfermo hubiese resistido la anestesia clorofórmica durante dos horas que duró la operación. Se hubiese muerto seguramente; tal era su debilidad y falta de energía.

La operanión se realizó el 1.° de marzo, y cuando el enfermo fué conducido á la sala de operaciones, tenía 140 pulsaciones, y éstas de una debilidad tan grande, que el ayudante me dijo que casi no se podían contar.

Se hizo la anestesia por la inyección de 2 centígramos de cocaína en el espacio subaracnoideo y el pulso no aumentó de frecuencia. La anestesia fué completa durante las dos horas, lo cual constituye un gran éxito para la anestesia cocaínica. Yo había observado en otros enfermos la vuelta de la sensibilidad después de hora y media próximamente; pero en este caso observé, con gran sorpresa, que el enfermo no sentía la sutura de la piel.

En cambio, se observó el inconveniente que muchos señalan, y al cual concedo yo gran importancia en esta clase de anestesia. Me refiero al que consiste en que el enfermo se da cuenta de todas las maniobras operatorias. Este enfermo estuvo triste y preocupado durante los días siguientes á la operación, porque decía *que la primera parte de ésta se había hecho bien, pero que en la segunda mitad cortamos alguna parte importante que le había de causar la muerte.*

Yo creo que él me oyó reñir á los ayudantes por haber cortado algún punto de seda, y él lo interpretó en el sentido apuntado anteriormente. Fué preciso que transcurriesen ocho días sin accidentes para que el enfermo se convenciese de que estaba equivocado.

Desde entonces tapo los ojos y los oídos á todo enfermo que ha de ser operado por la anestesia cocaínica.

Media hora antes de operar se le lavó el estómago, y de este modo nos encontramos con este órgano completamente limpio cuando le abrimos. Creo que es una gran ventaja poder contar con un estómago limpio y libre de líquidos para obtener una sutura aséptica.

El agotamiento que produce el lavado del estómago en enfermos á quienes no se les ha lavado nunca, no se presentó en este caso, por estar acostumbrado el enfermo á estos lavados. Por esta razón creo que antes de operar un enfermo de gastro-enterostomía, debe estar educado en los lavados del estómago si se quiere que no se colapse al intentar lavárselo poco antes de la operación.

Tal costumbre ó educación tiene otra ventaja, que luego apuntaré.

La operación se practicó el 1.° de marzo, y la anastomosis del estómago con el intestino fué *anterior precólica*, según el procedimiento aconsejado por Hartmann: laparotomía media supra-umbilical; observación del intestino yeyuno á 50 centímetros del ángulo duodeno-yeyunal; aproximación del estómago al intestino; sutura seroserosa de la mitad de la superficie, realizada por sutura continua con puntos cruzados; abertura de ambos órganos; sutura circular á *punto por encima* de todas las capas gastro-intestinales; sutura sero-serosa continuando la primera mitad; sutura abdominal en tres planos.

El enfermo tomó una copa de Champagne con leche á las dos horas de operado. Enemas cada dos horas de caldo y leche alternando, mezclados uno y otra de una tercera parte de infusión de té.

Al día siguiente tomó en todo el día tres tazas de caldo seguidas de una copita de Champagne. Este día fuí avisado precipitadamente, á las seis de la mañana, porque el enfermo se moría á causa de tantos vómitos como tenía. Estos vómitos eran sanguíneos, según decía el interno.

Cuando ví al enfermo, se hallaba frío, sin pulso y sin conocimiento. El enfermo estaba vomitando, desde las dos de la mañana, una gran cantidad de bilis, que el interno tomó por sangre.

Le lavé el estómago con gran facilidad y extraje una enorme cantidad de bilis. El enfermo cesó de vomitar y se le pudo administrar

por la boca una taza de caldo y Champagne, que toleró perfectamente.

Si se le hubiese lavado el estómago tan pronto como empezó á vomitar, no hubiese llegado al estado en que yo le encontré á las seis de la mañana.

Creo también que si este enfermo no hubiese estado habituado á lavarse el estómago, hubiese muerto aquel día. Se salvó por el lavado y por la facilidad y rapidez con que se realizó.

La noche de aquel día se hallaba bien el enfermo, sin fiebre, con 100 pulsaciones, sin vómitos ni timpanismo.

Al tercer día, las pulsaciones descendieron á 80; el enfermo toma un enema nutritivo cada tres horas y una taza de caldo seguida de un poco de Champagne, tomada por la boca cada tres horas.

Ha seguido durante ocho días sin accidente ninguno. Todas las mañanas se le lavaba el estómago.

A los ocho días se le dió una taza de puré de lentejas. El enfermo tenía 80 pulsaciones sin fiebre; hace una deposición por primera vez después de operado. Se quitan los puntos de sutura de la herida abdominal. Cicatrización por primera infención.

El décimo día se le da leche alternando con caldo. Se sustituye el Champagne por el vino añejo del país. Se le da una taza de puré.

El undécimo día tiene dolores gástricos, que desaparecen por el lavado del estómago; á continuación se le da una taza de puré, que la tolera perfectamente, y el resto del día se le alimenta con caldo y leche.

El duodécimo día come una pechuga de pollo asada y una taza de puré, que tolera perfectamente.

El décimotercero día se le da la ración de carne del hospital, que le produce dolores gástricos. Se hace un lavado del estómago y desaparecen.

El décimocuarto día se le da el puré y dos trocitos de merluza, que los tolera bien.

El día décimoquinto abandona la cama durante una hora. Puré y merluza para comer.

El día décimosexto come carne, que tolera bien.

El decimoséptimo día sale de la sala á pasear.

Hoy, que hace treinta y dos días que fué operado, come el rancho de todos los enfermos, huevos, carne, puré, vino, y todo lo tolera. El enfermo sale á pasear por las calles; ha engordado notablemente. Puede darse por curado, y solamente el propósito de observar

cuánto engorda este enfermo es lo que hace que le retengamos en la Clínica.

Puede darse por curado definitivamente, porque la estrechez del píloro no le ha de producír la muerte, como sucede en aquellos casos en que la estrechez se debe á un cáncer.

Es de desear que los médicos se convenzan de que el estómago es un órgano *agradecido* á los cirujanos, pues los resultados obtenidos en las intervenciones quirúrgicas sobre este órgano así lo demuestran.

Tan pronto como los dolores de un gastrálgico, la dilatación, los vómitos, etc., hacen sospechar una estrechez pilórica, debe enviarse á un cirujano sin esperar á los últimos momentos, en que el agotamiento y la debilidad del enfermo comprometen el éxito operatorio.

Operando á tiempo, cuando el enfermo tiene energías, cualquier clase de anestesia que se emplee es buena y el enfermo resiste los accidentes post-operatorios. Además, puede esperarse cuatro ó cinco días antes de administrar alimentos por la vía gástrica, cosa imposible de hacer cuando los enfermos están muy debilitados.

Otro tanto podríamos decir en casos de úlceras del píloro y del estómago que resisten á los medios médicos, y de los cánceres que obstruyen ó entorpecen el paso de los alimentos.

Pensaba haber sacado consecuencias de este caso para probar lo defectuosos que son los procedimientos de gastro-enterostomía. Creo que, no obstante hacerse la operación perfectamente, es difícil impedir que la bilis penetre en el estómago; ni los procedimientos valvulares ni los de gastro-enterostomía posterior, ponen al abrigo de esta complicación.

Siempre que la lesión no la impida, la gastro-duodenostomía será la operación de elección.

Dejo estas consideraciones para otra ocasión, pues se va haciendo largo el presente artículo (1).

(1) Después de escrito este artículo, el enfermo ha salido del Hospital completamente curado, y según noticias recibidas del pueblo donde reside, se dedica á las ocupaciones ordinarias de la agricultura. (20 de mayo de 1901).

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

Sumario: I. Sobre radiaciones luminosas, químicas, rayos X, etc. — II. Modernos estudios sobre el bacilo carbuncloso. — III. La herencia de la tuberculosis: sus formas y profilaxis.

I. A pesar de los accidentes que suelen determinar, los rayos de Röntgen constituyen hoy, no sólo un medio de investigación, sino un precioso agente terapéutico. Sean aquellos vesicantes, comburentes, obren por electrolisis radiante, como suponen algunos, ó por corrientes inducidas por el campo magnético de la ampolla de Crookes productora de dichos rayos y que se acompañan de fenómenos electro-químicos, lo cierto es que las radiaciones luminosas y eléctricas, la fototerapia y la radioterapia, son actualmente una potencia curativa que debe conocerse y manejarse.

Entre los más entusiastas y entre los inventores de procedimientos, figura el ilustrado electrólogo Dr. Foveau de Courmelles, quien en los *Ann. de Méd. et de Chir. inf.* (1901), publica un trabajo interesante titulado *De la radiothérapie infantile.* Voy á seguirle en su exposición, pero haciendo poco ó ningún caso de lo que se aparte mucho de la índole de estas *Revistas.*

Parte el autor de que si desde muy antiguo la luz (calor y energía química, rayo solar) sana, vigoriza y cura, esto lo sabemos por modo empírico, casi instintivo, hasta hace poco tiempo. *La ciencia va iluminando el campo de acción de la luz* (permítaseme esta frase), y al culto al sol de los pueblos primitivos, á la acción exaltante en el concepto psíquico de la luz y á la acción química sobre la coloración de las plantas y otros seres, va sucediendo un conocimiento más exacto, todavía no completo. Venga de donde venga, del sol, de las lámparas de arco voltáico ó de incandescencia, de los rayos X, etc., la luz es mejor apreciada en sus efectos y más utilizada en sus aplicaciones.

Veamos, ante todo, algunas acciones fisiológicas de la luz, empezando por los vegetales, los primeros estudiados.

Mustel coloca ante un jazmin una chapa perforada: los tallos van

en busca de las aberturas, penetran por ellas y las siguen en sus cambios de posición. Teissier pone ante dos ventanas, una abierta y sin luz y otra cerrada é iluminada, varias plantas y nota que las de esta última crecen más rápidamente. Schwollgrichen, de Leipzig, observa, en las minas profundas de Mansfeld, una *clandestina escamosa*, que para gozar de la sospechada luz aumenta su longitud ordinaria de 20 centímetros hasta 40 metros (Foveau de Courmelles, *L'esprit des plantes*, 1893).

Conocido es el experimento de Edward con los renacuajos en cajas opaca y transparente.

Cuanto más soleado es el país del hombre, más prefiere éste los colores vivos, violentos, luminosos y calientes: el rojo ante todo, después el amarillo intenso.

Mas la luz es compleja: abarca diferentes radiaciones, ondulaciones de distinta longitud, es decir, rayos de refractibilidad diversa; además, el calor la acompaña con frecuencia. De esto resultan varias acciones, no ignoradas de antiguo, aun cuando hoy se las quiera presentar como cosa nueva. Van Tieghem menciona numerosos experimentos (*Traité de Botanique*, París, 1889). El estudio comparativo de radiaciones equilaterales de un solo color y de mediana intensidad, y el de la obscuridad, ha enseñado que ésta alarga el tallo á las veces desmesuradamente, pero el cuerpo es más pequeño; todas las radiaciones menos refrangibles entre las infrarojas retardan y disminuyen el crecimiento. Comparando la arveja con el berro, en la obscuridad y en la luz, el crecimiento de aquélla es la mitad en el blanco. Los rayos amarillos, los más luminosos, obran menos. La mitad más refrangible del espectro es la que retarda más el crecimiento. O lo que es lo mismo, la planta criada en la luz es robusta y resistente y delgada y tenue en la obscuridad. Es común que un lado de la planta esté más iluminado que el otro, y de esto resulta el *heliotropismo*, haciéndose la flexión, no á partir del amarillo, que no es activo, sino del verde, siendo mayor con el azul y violeta, y todavía más, el máximum, con el ultra-violeta (entre las rayas H é I del espectro); y allí en donde las sales argénticas ya no se ennegrecen y no brillan las substancias fluorescentes, la acción es muy débil y acaba por completo generalmente á una distancia igual á dos veces la longitud de la banda luminosa (prisma de cuarzo). No todos los vegetales se conducen así: algunos se inclinan hacia la obscuridad, pero siguiendo las mismas leyes. La acción luminosa no es inmediata ni cesa cuando se suprime el foco: debe almacenarse para

obrar y se prolonga por una especie de inducción. La planta es la resultante de los fenómenos celulares, del fototaquismo ó giros de sus corpúsculos protoplasmáticos; y el resultado, inclinación del vegetal, puede á las veces servir de medida á la intensidad luminosa.

La producción de clorofila es función de la refrangibilidad. Flammarion ha demostrado que la luz roja acelera la evolución de las plantas y que la azul la retarda.

El protoplasma animal se contrae bajo la influencia de la luz (Auerbach, Engelman). Las ranas y otros animales ciegos ó sin ojos se conducen de modo distinto en la luz que en la obscuridad (P. Bert, Craher, Dubois). El embrión de la salamandra se mueve cuatro veces en quince minutos con la luz roja, amarilla ó verde, y 39 con la azul ó violeta. El huevo de gallina evoluciona mejor en la obscuridad (Luis Blanc). La respiración, circulación y combustiones son más activas; la producción de CO^2 en la rana es mayor (Moleschott, 1855; después Pott, Chassanowitz, Lubini); los hematíes de la cola del lagarto se hacen, de elípticos, planos, menores y esféricos (Finssen, C. Brandt); la hemoglobina humana es más rica en verano que en invierno (Finssen),

Los accidentes debidos á los rayos X (*radiopatología*) revelan irritación, actividad circulatoria por las radiaciones luminosas. El arco eléctrico obra del mismo modo por su riqueza en rayos químicos; pero por su gran intensidad, la planta, después de crecer, mengua pronto y muere. El desprendimiento de perfumes está en razón inversa de la intensidad luminosa (Mesnard).

Respecto á la acción de los colores, hace tiempo ha sido señalada su acción sobre el sistema nervioso humano. Foveau de Courmelles, *L'Hypnotisme*, 1890; *Chromothérapie*, Acad. de Med., 21 julio de 1891) relata el caso de una joven morena, procedente del campo, instalada por su marido en un gabinete pintado de azul índigo, que se ponía muy triste; un matrimonio rubio sentía vértigos y malestar ante un papel con reflejos, que cedieron cambiándolo por rojo de cobre. Raffegean mejoró varias neuropatías con colores apropiados. Ratuld ha conseguido buenos resultados con lentes de colores en varios padecimientos oculares.

Con la obscuridad se logra atenuar ciertas enfermedades: la viruela es menos febril y no deja cicatrices (lo mismo hace la luz roja, pues no hay rayos químicos, Block, 1877). Sus ventajas han sido reconocidas por Waters y Barlow (1871), Gallarandin, Widmarck, Finssen, etc. La luz roja es preferible, por ser menos triste y permi-

tir ver, sin dejar de obrar como la obscuridad. Schoul ha tratado dos casos de escarlatina con la luz roja, después de usar en otros el método de Finssen, y ha notado que *no hay descamación*, hecho importante, pues acorta la duración y dificulta el contagio.

La *acción microbicida* de la luz es conocida desde muy antiguo: han sido y son expuestos á la luz los objetos contaminados. Los mohos, las fermentaciones, sólo se desarrollan en la obscuridad, relativa ó absoluta. A medida que la luz penetra más en las habitaciones, se han atenuado y extinguido ciertas enfermedades. Los annamitas y los tonquinenses sanean sus aguas poniéndolas al sol.

La acción de la luz solar ó eléctrica sobre las bacterias ha sido probada por Buchner, Arloing, Nocard, Roux, Strauss, Duclaux, Gaillard, Roope, Geisler, Pansini, Downes, Blount, Chemielewski, Ianowski..... Cultivos expuestos al sol, resultaron inofensivos; líquidos sembrados, no dieron cultivos. El violeta es el más enérgico, á las veces el único enérgico. Todas las luces, cual más, cual menos, sol, arco eléctrico, mechero Auer, acetileno, petróleo, gas, luna, etc., impresionan las chapas fotográficas, el poder cromógeno de ciertos bacilos (prodigioso, por ejemplo), la vitalidad microbiana..... La bacterídea carbunclosa es destruída á las veinticinco ó treinta horas de exposición al sol; el bacilo de Koch y el de Löffler pierden su virulencia. Finssen ha hecho curiosísimos experimentos con la luz como microbicida, deduciendo de ellos que la solar concentrada es 15 veces más activa que la común y que el arco voltáico lo es más todavía; el ultravioleta es 360 veces más microbicida que el rojo

Si se inocula con el bacilo tuberculoso un lote de conejitos de Indias y se les expone al sol, arco eléctrico, rayos X, y otro á la obscuridad, aquéllos curan y éstos sucumben. El cólera y la fiebre tifoidea se conducen al revés, y esto de acuerdo con los datos químicos.

Un hecho análogo ocurre en nuestro organismo, pues la luz lo atraviesa, como lo demuestran la colocación de una chapa detrás de la mano aislada (Onimus, Foveau de Courmelles), la oreja exangüe por compresión y sometida á la luz violeta (Finssen), los efluvios digitales sobre una chapa sensible colocada en la cámara obscura, si hubo condensación de luz (Luys, David, Brandt, etc.).

Estos hechos y muchísimos más han decidido al *empleo terapéutico*. La primera aplicación (1891) fué inconsciente: Von Stein, de Moscou, explorando la garganta de un enfermo con una lámpara de incandescencia, notó la abolición del reflejo laríngeo y dedujo

que la luz eléctrica era anestésica. Lo mismo observaron con esta luz en el artritismo Gerard y Foveau de Courmelles (1892) y el doctor Sokolow (1898) con los rayos de Röntgen.

La verdadera faz científica parte de 1895. Tillmann y Trayer tratan los lupus con la luz solar concentrada para utilizar los rayos caloríficos. Finssen, que creó, por decirlo así, el método, ha expuesto varias observaciones propias y ajenas (1898), ya de luz solar, ya de luz eléctrica, recomendando de preferencia, no la *luz caliente* (rayos ultra-rojos, rojos, naranjados, amarillos), sino la luz química (rayos azules y violetas), que es la bactericida; para ello ha hecho construir aparatos especiales, ha precisado detalles, etc. En ningún caso los efectos son inmediatos, nueva prueba de la no intervención del calor. Usa el sol ó el arco voltáico, pues la incandescencia tiene escasa energía. Empezó sus estudios en 1895, y á poco fundó el *Instituto de la luz*, que inmediatamente fué subvencionado por el Gobierno danés. Desde entonces y en muchos puntos las aplicaciones son numerosas: lupus, tuberculosis, úlceras de mala calidad, nevus, manchas pigmentarias, verrugas, oftalmía granulosa, etc.

II. En el Instituo de Higiene de la Universidad de Roma, el doctor V. Martelli ha hecho interesantes trabajos *Sull' esistenza di prodotti non tossici immunizzanti nelle culture nell' organismo infetto dal bacillo del carbonchio* (*Rassegna intern. della Med. mod.*, 1901).

Los procedimientos empleados para hacer refractarios al carbunclo á los animales son:

1.° *Cultivos y sus productos*. — Se inocula cultivos atenuados, especialmente con el calor, constituyendo una de las llamadas vacunas pasteurianas. Sclavo ha aceptado este método, pero lo hace luego seguir de inoculaciones muy virulentas, y obtiene un suero del carnero que es á la par profiláctico y curativo. Marchoux y otros han procedido según el método de Sclavo. Este procedimiento no libra á los animales de los efectos patológicos si se hace penetrar el bacilo por la vía intravenosa.

Algunos inmunizan con cultivos no virulentos, inoculando los micro-organismos semejantes al bacilo carbuncloso, que hay en el suelo y no son patógenos, pero los resultados no son iguales á los del procedimiento anterior.

Las tentativas para inmunizar con los productos de los cultivos en caldo filtrados han sido siempre negativas; sin embargo, Casagrandi y Bernabai han salvado conejos con lo resultante de filtrar cultivos en gelatina. Negativas fueron también las tentativas hechas

por estos mismos autores inoculando la proteína del carbunclo, obtenida según el método de Koch y con la prensa de Buchner.

2.° *Substancias atenuantes del bacilo.* — Han sido usadas muchísimas. De las substancias químicas, entre las cuales hay algunas útiles, la mejor es el nitrato potásico para Casagrandi y Bernabai. De las orgánicas, la mejor es el suero sanguíneo de algunos animales refractarios al carbunclo y los fermentos pépsicos de los animales superiores. De las bacterianas, han sido mencionados los cultivos de diversos gérmenes, sobre todo el piociánico, que tienen un gran poder plasmolítico y cromatolítico (Emmerich y Sudawa).

3.° *Jugos de animales carbunclosos.* — Se ha hecho todavía poco Con la sangre calentada á 55° ha logrado Toussaint inmunizar carneros. También lo intentaron Casagrandi y Bernabai, sin resultado, con la sangre y el jugo de varios órganos; inoculando el edema cutáneo salvaron algunos conejos, confirmando así en parte la opinión de Muzio sobre el poder inmunizante del infiltrado local; empleando el extracto acuoso de la parte corpuscular, extraído mediante una gran presión, líbraron algunas ovejas y lograron que una soportara siete inyecciones de cultivos hechas durante un mes; con el edema cutáneo inmunizaron conejos, que recibieron dosis repetidas de cultivo.

Previa esta exposición, Martelli da cuenta de sus experimentos, haciendo constar que otros bacteriólogos habían dicho ya que en el caldo de Löffler y en el caldo de Monnier no existían vestigios de substancias tóxicas ni tampoco substancias inmunizantes. Los ha hecho con cultivos en albuminato alcalino y en jugos de órganos de animales sanos, comparados con otros en jugos de órganos de animales enfermos. Deduce de ellos que ni en los cultivos ni en el organismo de animales carbunclosos son demostrables substancias tóxicas, pero sí existen ciertamente inmunizantes.

— El mismo Dr. V. Martelli narra sus trabajos *Sulla variabilità della virulenza del bacillo del carbonchio ematico* (Idem, íd., íd.). Unánimemente se acepta que este bacilo posee virulencia, y que ésta aumenta con su paso á través de animales receptores y hasta no receptores. Han sido descritos microbios iguales en todo á los del carbunclo, pero sin acción patógena; se les considera por la mayoría muy afines, si bien no idénticos á él; en fin, hay observaciones que prueban que hay un bacilo del carbunclo no virulento.

El estudio comparativo de sus experimentos y el de los realizados por otros, le autorizan á decir que el bacilo carbuncloso puede exis-

tir en el ambiente sin virulencia alguna, virulencia que no podemos comunicarle con ninguno de los medios artificiales conocidos, y que la virulencia, cuando la hay, se puede exaltar hasta cierto límite, que no es el mismo para toda clase de carbunclos.

III. Hutinel y Kuss estudian con gran conocimiento de la materia la discutida cuestión de la herencia en la tuberculosis. El resumen de sus ideas constituirá el último apartado de esta revista. El original ha sido publicado en el *Journal de Méd.*

La herencia tuberculosa puede consistir:

1.° *En la transmisión del germen.*—*A*) La transmisión del germen en el acto de la concepción sería la verdadera herencia: no hay hecho alguno que la demuestre y no pasa de ser una hipótesis poco probable; en particular, no está probada en modo alguno la influencia paterna. — *B*) Hay, sin embargo, fetos que nacen tuberculosos: lo son por haberse contagiado en el útero, ya gravemente afectado, ya con lesiones poco extensas; probablemente hay para ello daño placentario, tal vez pequeño y poco apreciable.—*C*) La tuberculosis ha sido observada no sólo en los fetos nacidos muertos y en los niños que fallecen muy pronto, sino también en los bien constituídos y perfectamente viables. Es, pues, indiscutible el heredo-contagio tuberculoso, y puede intervenir mucho en la propagación del mal.—*D*) Este heredo-contagio parece ser muy reducido, y esta reducción debe fundarse, no en la escasez de tubérculos congénitos, pues pueden pasar inadvertidos, sino en los hechos siguientes: 1.°, rareza de la tuberculosis en los recién nacidos que viven, cuya madre está tuberculizada ó tuberculosa; 2.°, imposibilidad de admitir que los jóvenes tengan resistencia particular para el bacilo, como demuestra la suma rareza, en los menores de dos años, de tuberculosis verdaderamente latente y momentáneamente silenciosa, y por la evolución clínica de la tuberculosis en esta edad; 3.°, el estudio anatómico de la forma inicial de la tuberculosis habla por completo en pro de la infección *post-partum.*

2.° *En la herencia heteromorfa.* — Influye la tuberculosis paterna por modo evidente y casi necesario en el desarrollo físico de los niños: los trastornos distróficos de esta herencia no son la heredo-predisposición ni pueden coincidir con ella.

3.° *En la heredo-predisposición.* — *A*) Clínicamente ha sido demostrada muchísimas veces; sin embargo, puede haber, por contagio, focos latentes adquiridos en edad temprana, que no estallan hasta largo tiempo después. — *B*) No sólo se está más expuesto, sino que

generalmente se resiste mal al bacilo.—*C*) En cambio, la tuberculosis hereditaria, como si el niño hubiera sufrido una especie de inmunización, suele ser atenuada. Parece que el niño recibe una doble herencia: la predisposición y cierta resistencia.

En cuanto á *profilaxis*, recomiendan: 1.°, proteger al niño del ambiente familiar infectado; 2.°, investigar á toda costa los pequeños focos que puede haber latentes, para hacer diagnóstico precoz y terapéutica oportuna; 3.°, estudiar y tratar en los hijos de tuberculosos todos los trastornos de evolución y de nutrición que hagan sospechar una heredo-predisposición tuberculosa.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 22 *de Abril de* 1901.

Paraplegia por inacción forzada.—El Dr. Valle y Aldabalde: Os presento á Ramiro Díaz Romero, de dieciséis años, de Freyis, Becerreá (Lugo), que ingresó en la sala 29, cama 13, el día 29 de marzo de 1901, y en la sala 17, cama 24, el 14 de abril de 1901.

Sus padres y sus dos hermanos son sanos. A los seis años, estando sano y sabiendo leer y escribir, sus padres le entregaron á unos gitanos (dos hombres, una mujer, con varios hijos, y un muchacho extraño) por 23 duros y la condición de volverlo al año. Fueron á Francia, y en el mes que duró el viaje, trataron bien al muchacho, pero llevándolo siempre de sol á sol á horcajadas en un caballo, sin andar, resultando de esto que al terminar el viaje, la criatura no podía andar, aunque conservaba el movimiento de las extremidades inferiores. En este tiempo sólo sentía dolor en la región lumbar, pero nada de calambres, temblor ni dolores en dichas extremidades.

Entonces los gitanos hicieron construir un cajón de menos de un metro de arista, donde metieron al muchacho, mostrándolo al público por un vidrio y pidiendo así limosma; pues atándole las extremidades inferiores en flexión forzada, las piernas sobre la cara interna de los muslos, en violenta abducción éstos, mediante una tabla dispuesta en el interior del cajón, de suerte que por el vidrio no pudiera ver el público sino el tronco y las rodillas, aparecía la víctima como un fenómeno, con sólo el tronco y dos muñones, que eran las rodillas visibles. Tal aparecía colocado sobre una manta.

Provisto el cajón de ruedas, era arrastrado por el otro muchacho, no gitano, y así permanecía inmovilizado por el día. Por la noche desligábanle las

piernas, pero el movimiento era cada vez más difícil, atrofiándose progresivamente é inmovilizándose cada vez más dichos miembros.

A los diez años de esta vida consiguió pedir auxilio á las autoridades, y fué trasladado á un hospital y presos los gitanos. Había entonces gran deterioro orgánico, dolor lumbar continuo, inmovilidad casi completa de las extremidades inferiores en la posición á que habían estado obligadas; estaban tumefactas, con surcos, señal de las ligaduras, considerable atrofia muscular y, al parecer, anestesia al contacto, térmica y hasta eléctrica, pues no sentía las primeras aplicaciones. Parece haber conservado normal la sensibilidad plantar del suelo y el sentido muscular, habiendo tenido siempre conciencia de la posición de sus extremidades inferiores. Dice no haber sentido calambres, contracturas ni rigideces, pero sí adormecimiento y hormigueo en ellas. Dice haber tenido temblor en ciertas posiciones de las extremidades, á lo que parece, como reflejo de sensaciones dolorosas.

En los diez años no tuvo más indisposiciones que dolores de cabeza y vómitos, que atribuía al mal trato y alimento. Cuatro meses y medio permaneció en el hospital de Burdeos, tratado por los Dres. Arnozan y Duvergé (fricciones grasas con vaselina, baños sulfurosos calientes, corrientes farádicas y tónicos al interior, vino de quina).

Las extremidades inferiores carecen de la fuerza muscular necesaria para la locomoción y bipedestación; sólo con mucha lentitud y escasísima fuerza puede verificar los movimientos propios de ellas, y aun así muy incompletamente. Se hallan adelgazadas, aunque el tejido adiposo restaurado oculta la atrofia muscular.

Ha recobrado las sensibilidades táctil, térmica y eléctrica; la excitabilidad muscular eléctrica se halla muy disminuída; es mayor para la corriente farádica que para la galvánica, y algunos grupos musculares son inexcitables. Tiene reflejos cutáneos, pero falta totalmente el rotuliano.

El estado general es bastante satisfactorio; no tiene dolor lumbar.

El diagnóstico de este caso es bien sencillo: se trata de una paraplegia por inacción forzada. El pronóstico tiene que ser algo reservado, pues si bien es de creer que recobren algo su sensibilidad y motilidad, á juzgar por los resultados obtenidos hasta ahora, tampoco hay que olvidar que el período de inmovilidad forzada coincidió con una época en que todavía se está verificando el desarrollo, y por lo tanto, debió haber influído desfavorablemente en dicho desarrollo.

El tratamiento tiene que consistir en el empleo de la electricidad combinado con el massaje, los ejercicios pasivos y, hasta donde sea posible, activo de los miembros parésicos y un régimen tónico.

Extirpación total de la laringe. — El Dr. Cisneros: Presento este hombre á la consideración de los señores Académicos, porque como son muy pocos los casos realizados y mucho menos los que han podido salvarse, juzgo éste de gran importancia. Este enfermo padecía un epitelioma difuso, y en estas condiciones había que apelar al tratamiento paliativo puramente ó hacer una extirpación total. El enfermo, á quien indiqué estos caminos, aceptó la operación, y optando por el procedimiento de Perier, después de hecha la incisión central vertical y dos horizontales en forma de H, practiqué otra incisión horizontal entre el cricoides y el primer anillo de la tráquea y co-

loqué la cánula de Perier; ésta me sirvió para hacer la anestesia. Se hizo la extirpación de abajo á arriba, cogiendo toda la laringe y la epiglotis; después se suturó el esófago á la base de la lengua y la tráquea á la piel. Terminada la operación, nada hubo de particular, pues al séptimo día tragó ya sin sonda.

El Dr. Forns: Pido la palabra con el único objeto de felicitar al Dr. Cisneros por lo brillante del caso. La intervención estaba perfectamente justificada. Me ha gustado ver el procedimiento seguido, pues seguramente no le hubiera intentado, porque le encuentro entre muchas ventajas, un solo inconveniente no pequeño, que es el mutismo á que queda condenado este enfermo. Es un individuo que no tiene defensa para la respiración, puesto que el aire penetra directamente en el pulmón sin templarse en las fosas nasales, que quedan inutilizadas. En la resección clásica no queda mutismo absoluto y desearía que me dijera por qué ha preferido el procedimiento de Perier.

Citaré el caso de un individuo extirpado de cartílago tiroides, en el cual quedó una cisura, á través de la cual producía el aire un pequeño ruido, y bastaba que se ocluyese la herida del cuello, haciendo pasar el aire por las cavidades bucal y nasal, para que se convirtiese en voz modulada y aun timbrada.

Esto me indica que todo sonido puede convertirse en palabra siempre que dejemos nosotros espacio para que pueda producirse el ronquido. Es una voz monocrona, que no tiene diferentes tonos como la voz normal. Este individuo, del cual conservo cilindros fonográficos, no modula, y el sonido varía de un tono á tono y medio, es decir, tres semitonos; no puede cantar, pero puede hablar y se le oye á distancia de algunos metros y tiene mejor voz que antes de ser operado. Por eso he dicho que yo no hubiera empleado este procedimiento, que condena al mutismo, que inutiliza las fosas nasales y que deja sin protección el tramo inferior del tubo respiratorio.

El Dr. Cisneros: Elegí el procedimiento de Perier, porque entre que se quede sin voz el enfermo ó que se muera, la elección no era dudosa, y preferí dejarle sin voz.

El Dr. Forns hizo una extirpación parcial de la laringe, no una extirpación total, y yo he hecho muchas, por lo cual he tenido ocasión de ver á bastantes operados morir por pneumonía séptica, y la extirpación total la he hecho para que este hombre no se muriera.

En las extirpaciones parciales no sólo no se extingue la voz, sino que los enfermos hablan más claro; por eso no me extraña lo que ha dicho el doctor Forns de su caso. Este enfermo mío, no sé por qué mañas, se da á entender, y ahora lo hace ya mejor que los primeros días, puesto que él mismo nos ha dicho que tiene cincuenta y cinco años de edad y todos le hemos oído.

Tratamiento quirúrgico de la apendicitis. — El *Dr. Jiménez*, declara que su criterio sobre este asunto ha sufrido una evolución en estos últimos tiempos, pues el criterio oportunista que presidía á sus determinaciones terapéuticas, se ha cambiado por el de intervención quirúrgica radical una vez resuelto el problema de diagnóstico. Los casos de su práctica personal, así como la meditación sobre casos de otros cirujanos, son las bases de estas convicciones.

La anatomía y fisiología tanto normales como patológicas del apéndice cecal, así como su bacteriología, son á su juicio las premisas indispensables para fundamentar su tratamiento. El apéndice es un órgano que por la relativa autonomía de su riego sanguíneo, la estructura linfoidea de sus paredes, las manifestaciones de las bacterias causantes de su infección, tiene grandes actitudes para padecer inflamaciones de carácter necrosante, y para que cualquiera infección tenga tendencia á eternizarse de un modo más ó menos latente en las paredes de este órgano, sufriendo exacerbaciones que pueden arrebatar la vida del enfermo, si el tratamiento quirúrgico no interviene para separar radicalmente la causa.

Dentro de la Clínica no hay posibilidad *a priori* de determinar cuál es la apendicitis ligera y cuál la intensa, pues la variabilidad de sus síntomas ocasionan con harta frecuencia nefastas consecuencias para el enfermo, cuando el cirujano se empeña en armonizar la energía del tratamiento que ha de emplear, con la intensidad de los síntomas. Casos frecuentísimos hay, en que con un cuadro sintomatológico de insignificante importancia, se pierden los enfermos con gran facilidad, y la intervención quirúrgica ó la autopsia evidencian lesiones de anatomía patológica verdaderamente enormes.

Los casos de apendicitis curados por el tratamiento exclusivamente médico, y aun algunas veces con el tratamiento expectante, no son más que medios de sortear con grandes dificultades crisis que con facilidad se reproducen, porque la causa persiste, esperando sólo una ocasión oportuna para hacer evidente sus manifestaciones. Clínicamente podrá la apendicitis aparecer como curada por haber cedido ó desaparecido el cuadro sintomatológico que la acompañaba, pero anatómicamente esta apendicitis no se ha curado; la lesión infectiva de los folículos cerrados de la pared del apéndice persisten, y cual en la amigdalitis la causa más trivial dará lugar á la presentación de un nuevo ataque que pueda ser de excepcional gravedad, y que haga menos eficaz el éxito de la intervención quirúrgica.

Como confirmación del anterior razonamiento, dice que ha observado cuatro casos de apendicitis, que por el contraste que entre sí forman, comunica á la Academia.

«En el 1.°, se trataba de un niño de once años, intervenido operatoriamente en los primeros momentos, en el cual no había abscesos todavía, haciéndosele la resección del apéndice engrosado, rojizo, y con una pequeña placa gangrenosa en su porción terminal; curó rápidamente.

El 2.°, se refiere á una señora con apendicitis crónica, con continuos dolores en la región íleo-cecal sobre todo después de ingerir alimentos que habían quedado reducidos á dieta láctea, con muy mal estado general; fué operada encontrándome grandes adherencias entre el ciego, porción terminal del intestino delgado, y parte inferior derecha del epiploón mayor, haciendo muy laboriosa como sucede en casi todos estos casos la ablación del apéndice. Las consecuencias fueron muy beneficiosas para la enferma que se reintegró con facilidad á un buen estado de salud.

El 3.°, tiene una gran importancia para los no intervencionistas, y aun para los partidarios del tratamiento expectante. Se trata de un enfermo de diecisiete años que yo he visto en consulta en el Escorial, con los doctores

Peña y Robles, y que los tres de un modo unánime diagnosticamos de apendicitis aguda con enorme plastrón ilíaco, proponiendo en armonía, una intervención quirúrgica inmediata, que fué rechazada por la familia, entregando la dirección del tratamiento á un médico homeópata, el cual aparentemente ha curado á este enfermo, pero será uno de tantos casos en que el ataque se reproduzca, si es que mejor aconsejada la familia no se decide á que se opere este enfermo en frío.

El último caso es de grandes y provechosas enseñanzas : hará unos quince días he visto un joven de diecinueve años, natural de Palma de Mallorca, el cual después de algún desarreglo alimenticio que hizo la noche anterior, metióse en cama con los síntomas de una aparente indigestión, vómitos biliosos repetidos, dolor no muy violento al nivel de la fosa ilíaca derecha, ligerísima fiebre, punto de Mac-Burney de muy dudosa evidencia.

Mal impresionado, más que por el estado del enfermo, por las referencias que me hizo de haber padecido otro ataque análogo y de mayor intensidad, hice á los que le rodeaban indicaciones de una posible intervención, que hubo de demorar tres ó cuatro días hasta que llegaron los padres del enfermo. Planteada la operación que se ejecutó siguiendo la técnica de Roux, declaro que jamás he visto tantos destrozos como los que este enfermo tenía en su región cecal. El apéndice que fué resecado, tenía una gran perforación en su cara posterior, y estaba repleto de concreciones estercoráceas ; en la región retrocecal un enorme absceso con más de 500 gramos de pus achocolatado, en la parte interna y en plena región pelviana otro gran absceso de pús amarillento y de no menor cantidad ; la túnica serosa del ciego en toda su extensión reblandecida, desprendiéndose con facilidad y con un aspecto muy marcado de inflamación crupal. Con la operación el enfermo entró en un período de franca mejoría, hasta el séptimo día, en que apenas sin fiebre, sin vómitos ni meteorismo, y con un estado excelente de la herida que no había sido suturada, se presentó una enorme hematemesis que por colapso acabó con la vida del enfermo, cuyo carácter y naturaleza toxémica ha perfectamente marcado el Dr. Dieulafoy en comunicación muy reciente á la Academia de París.

El caso actual demuestra la necesidad de operar lo más prontamente posible para evitar tanto los destrozos que localmente pueden originarse, cuanto para que los fenómenos de toxemia apendicular, mucho más graves que los de infección local, no nos arrebaten los enfermos cuando se va á recoger el éxito de una intervención quirúrgica llevada á cabo».

Entiende, por lo tanto, que una vez planteado el diagnóstico, y aun muchas veces como dice Terrier en los casos de dudoso diagnóstico, el problema operatorio debe ponerse en práctica, porque será menos responsable para el cirujano, el hacer una laparotomía con todas las garantías que hoy se hacen y encontrar el apéndice sano, que no dejar de operar un apéndice enfermo, que en un período más ó menos próximo ha de poner en grave conflicto la vida del enfermo, ó ha de comprometer el resultado de una intervención quirúrgica que hubiera dado brillantes resultados.

El Dr. Bravo (D. J.): Me felicito por haber planteado esta discusión, pues ha dado lugar á que intervengan muchos eminentes Académicos.

En el tratamiento de la apendicitis se han dibujado dos tendencias, que

no son, sin embargo, tan distintas la una de la otra que no se puedan sintetizar en una sola: unos son partidarios de la abstención y los otros de la intervención.

Durante el curso del debate he sentido verdadero pavor, porque de todos los cirujanos sólo el Dr. D. Antonio Bravo, ha sido partidario de intervenir y claro es que *aun cuando éramos dos Bravos*, me encontraba falto de fuerzas para luchar, pero, por fortuna, el Dr. Jiménez ha venido á combatir á nuestro lado.

Las dificultades del diagnóstico, la existencia de casos que han curado después de haber sido muy graves y las diversas formas que la enfermedad presenta: tales son los puntos más esenciales que se han marcado.

Es cierto que en la primera época de una apendicitis, cuando se inicia con poco dolor y pequeños trastornos generales, sí que es muy difícil hacer el diagnóstico diferencial. Nosotros creemos práctica la intervención, no en los casos que pueden confundirse, sino en aquellos de apendicitis bien definida, bien diagnosticada.

Que existan casos clínicos de curación espontánea sin operación, no me parece argumento en pro ni en contra de la intervención, son casos excepcionales que no pueden servir de base de criterio. En la actualidad tengo yo una enferma con una pleuresía supurada, que ha tenido una broncorrea y se ha curado, y por que este caso se haya dado ¿vamos á decir que no se debe intervenir? El Dr. Carrasco, que puede servir de tipo por ser un caso de apendicitis operada y debe la vida á la operación, me daba noticias hace pocas noches de una enferma que cuando iba á ser operada se abrió el foco en un intestino y curó espontáneamente. Pero esto no es lo común y no puede erigirse en regla.

Dicen los médicos que no hay que precipitarse. Yo creo que no tienen valor esos consejos porque no tienen medicamentos de eficacia positiva que curen el ataque de apendicitis; pero sólo con el reposo, la aplicación de las vejigas de hielo y un poco de opio ó un purgante ¿es garantía suficiente para esperar dando tiempo á que vengan las peritonitis? Yo creo que no podemos esperar, en la seguridad de que no perjudicamos al enfermo. Después de todo es una cuestión de tiempo, pues los que aún no son intervencionistas admiten la posibilidad de operar en frío.

Parece que este es el criterio dominante y ¿quién nos dice que la apendicitis se va á enfriar ó no se va á enfriar? Porque en la apendicitis las lesiones no corresponden á los síntomas. Yo he tenido ocasión de sufrir las consecuencias de esta falta de relación. — Dr. Eduardo Toledo.

PERIÓDICOS

Cuerpo extraño (fragmento de hueso), enclavado en la primera porción del esófago. Esofagotomía externa á los ocho días. Muerte. — En los *Archivos Latinos de Rinología, Laringología y Otología*, publica el Dr. Botey el caso relativo á Magdalena Ballester, de veintitrés años de edad, y de profesión talladora de terciopelo.

Dice que hace cinco días, antes del 1.° de marzo de 1897, comiendo algo deprisa la carne del puchero, se atragantó con un hueso de carnero, no pudiendo desde aquel momento deglutir más que líquidos con extraordinaria dificultad y á muy pequeños sorbos.

El médico del pueblo, el Dr. D. Ramón Miró, acudió en seguida á socorrerla, procurando sacar el cuerpo extraño de tan peligroso sitio. Las pinzas, la sonda y el gancho de Grœff, no consiguieron más que atascarlo con mayor energía.

Cuando vió el Dr. Botey á la paciente, ésta no podía tragar absolutamente nada desde hacía veinticuatro horas. La leche misma no pasaba hacia el estómago, vomitándola inmediatamente después de haberla deglutido. Los dolores que experimentaba al nivel de la base del cuello, eran muy intensos á cada acto deglutorio; el sueño era imposible y había enflaquecido extraordinariamente en estos pocos días, tanto más cuanto continuaba criando en sus pechos á una niña suya de pocos meses.

Se le prohibió en absoluto el que continuara dando de mamar, y se procuró sacar el cuerpo extraño, después de haberse cerciorado de su situación. A 19 centímetros de los incisivos superiores la sonda esofágica tocaba un cuerpo duro, y rozando fuertemente con él, traspasaba su límite introduciéndose después hasta el estómago.

No queriendo traumatizar los tejidos con persistentes intentonas, el doctor Botey propuso al marido y á la misma enferma, la esofagotomía externa encareciendo la urgencia de la operación. Pasaron dos días sin tener noticia de la infortunada, y, por último, el 3 de marzo fué invitado á ejecutar la operación.

La intervención duró tan sólo 75 minutos, no teniendo que practicar ligadura alguna, ni pellizcar ningún vaso (!). El esófago, en el sitio correspondiente á los primeros anillos traqueales, presentaba algunos desgarros, equimosis y contusiones, debidas á las intentonas infructuosas de extracción del cuerpo extraño.

Introducida la oliva de marfil del cateter esofágico hasta el cuerpo extraño, cortó sobre aquélla el conducto digestivo longitudinal y latero-posterior, por temor al nervio recurrente, apartando hacia afuera el paquete vasculo-nervioso del cuello. La incisión, de unos 3 centímetros, permitió introducir el índice, éste recorrió el esófago hacia arriba, hasta la porción inferior de la faringe, no hallando nada. Luego hacia abajo, el mismo dedo mío, introducido á bastante profundidad, no supo de momento tampoco encontrar nada. Esto le hizo al Dr. Botey creer que quizás no estaba allí el

cuerpo extraño ó se había caído hacia el estómago, pues la sonda pasaba perfectamente hacia esta cavidad.

Volvió á pasar con cuidado la yema de su índice por el interior del conducto esofágico y, precisamente en el centro de la incisión de éste, encontró una aspereza puntiaguda y saliente en la pared posterior del esófago. Era el fragmento de hueso hundido allí, perforando la pared posterior y metido como un clavo contra el ligamento prevertebral y el cuerpo de las últimas vértebras cervicales.

El fragmento de hueso era muy puntiagudo, tenía más de 2 centímetros de longitud y se hallaba enclavado, directamente de delante á atrás en los tejidos, en una profundidad de más de 1 centímetro. Para movilizarlo con el dedo desgarró sin querer el esófago, y una vez fuertemente cogido con las pinzas lo extrajo con algún esfuerzo.

No atreviéndose á suturar el esófago, ya muy traumatizado, puso una sonda desde la herida al estómago, gasa iodofórmica, etc., un solo punto de sutura, y sujetó el extremo superior de la sonda á la cabeza con una venda circular.

El Dr. Botey dió inmediatamente, por la sonda, á la operada, café con leche y vino generoso. Poción estimulante. La enferma estaba sumamente postrada, pues como ya he dicho, hacía ocho días que no había comido y apenas bebido.

A los dos días la desgraciada paciente había fallecido, á las veinticuatro horas de la operación de *choque traumático y falta de reacción.*

Con motivo del caso el Dr. Botey, hace las siguientes reflexiones :

«La esofagotomía externa, es una intervención de alta gravedad, ya por los peligrosos é importantes órganos por donde hay que pasar (yugular, carótida, neumogástrico, simpático, recurrente), ya porque se trata de una región cuyos traumatismos engendran efectos centrales inhibitorios que se traducen por fuerte colapso, shock y falta completa de reacción vital.

Ya he dicho que después de haber seccionado, en una extensión de unos 3 centímetros, la pared esofágica, indroduje mi dedo en su interior y no hallando de momento nada en este sitio, y luego más arriba hacia la faringe, quise hacer lo propio hacia abajo. Observé entonces cierta resistencia, que atribuyéndola á estenosis esofágica á la vez de carácter espasmódico y consecutiva á la inflamación de sus paredes, intenté vencerla forzando suavemente hacia la extremidad inferior de este conducto. Pero, desgraciadamente, aconteció que el esófago se desgarró en una extensión que no pude calcular, cuando menos percibí una sensación de tejidos que se rompen y cesé de pronto mi exploración en este sentido, extrañando no hallar tampoco el cuerpo extraño, que después toqué profundamente enclavado al nivel de la primera incisión y que extraje en seguida con unas pinzas, con gran satisfacción de la familia de la enferma. Pues bien : ¿el desgarro que engendré fué la causa del colapso ulterior y de la muerte consiguiente?

¿Las tentativas anteriores hechas por el médico de cabecera y que dieron únicamente por resultado el traumatizar las paredes del esófago (pues estaba este conducto amoratado y estropeado en una extensión de 2 centímetros), fueron la causa del fallecimiento de la paciente?

La enferma en cuestión, estaba lactando, y siguió haciéndolo así hasta

dos días antes de la operación, á pesar de no poder comer en absoluto, y de no poder tragar líquido alguno. ¿Esta circunstancia pudo ser causa de su muerte?

Cuando me trasladé á San Vicens del Horts, indiqué á la familia que sería mejor que sondara á la paciente (pues pasaba una muy delgada sonda), introduciendo leche, caldo, etc., pudiendo así esperar dos ó tres días para que se reforzara y nutriera lo suficiente la enferma, con lo cual habría más probabilidades de resistencia para la operación. La familia no quiso, empeñada en que sacara ante todo el cuerpo extraño. Creo que hubiese sido quizá más prudente el obrar como propuse antes de intervenir.

Se usó el cloroformo durante todo el tiempo de la operación, lo que dió lugar á que tuviera que establecerse una lucha con la operada para que mantuviera la boca abierta, con el fin de introducir la sonda esofágica, que, como es sabido, se utiliza en estos casos como preciosa guía para cortar el conducto alimenticio. ¿Hubiese quizás sido mejor suspender la anestesia general durante los dos tercios últimos de la operación? ¿Y reservar únicamente aquéllas para las primeras secciones de los tejidos, siempre muy dolorosas?

Obrando de esta manera, quizás las maniobras no hubiesen durado tanto tiempo, puesto que se pasó más de media hora en asuntos tales como obligar á la enferma á abrir la boca, que mantenía violentamente cerrada, cortando la sonda con los dientes; en vómitos y arcadas que molestaban é impedían continuar la operación, y en movimientos desordenados que obligaban á sujetarla fuertemente para poder continuar la tarea». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 7 de Mayo de 1901.

El delirio onírico de las intoxicaciones y de las infecciones. — El Dr. REGIS: Desde hace diez años, vengo estudiando los fenómenos psíquicos que producen las intoxicaciones y las infecciones. Ha llamado ante todo mi atención un hecho: la semejanza entre las manifestaciones cerebrales de todos los estados toxi-infecciosos, y su analogía con los delirios de las intoxicaciones provocadas; deduzco de aquí que existen formas clínicas perfectamente determinadas de psicosis tóxicas.

Una de ellas, la más característica, se compone en su esencia de dos elementos: confusión y delirio asociados casi siempre en proporciones diversas, pero susceptibles también de presentarse aisladamente, y de producir dos variedades distintas de la enfermedad: la confusión mental y el delirio

onírico. El delirio de las auto-intoxicaciones y de las infecciones, no es únicamente un delirio de sueño normal; es un delirio de sueño morboso, de sonambulismo, de estado secundario. Basta observar los que tienen delirios tóxicos, para comprender que no son durmientes ordinarios, que asisten de un modo pasivo y como simples expectadores á los hechos objetivos de su automatismo mental; son durmientes activos, en movimiento lo mismo que los sonámbulos pasan del sueño mudo al sueño hablado y al viviente, á veces del estado segundo á la realidad y de esta á aquél, según se les interpele ó se les deje; como los sonámbulos también salen de su delirio despertándose, conservando en general un recuerdo confuso ó nulo de su acceso; como los sonámbulos finalmente, suelen conservar fija en su imaginación, mucho tiempo después de haber curado, alguna idea falsa, aislada, reliquia de una de las concepciones principales de su sueño alucinatorio.

Este complejo morboso, mezcla de confusión mental y de delirio, es bastante característico para poder afirmar la existencia de un estado infeccioso ó tóxico. Pueden, por lo tanto, considerarse como de origen toxi-infeccioso, todas las psicosis en que se observa, por ejemplo, las de inanición, de insolación, de quemaduras, post-operatorias, etc. Pero es posible que cada veneno y cada modo de intoxicación, tiendan á determinar manifestaciones sintomáticas algo especiales, susceptibles de diagnóstico clínico. He observado la frecuencia mayor de la apatía intelectual de la somnolencia, de la narcolepsia en las psicosis de auto-intoxicación intestinal y sobre todo hepática, y la de los calambres, de las actitudes cataleptoides, de la tetania, de los ataques eclampsicos en las psicosis de auto-intoxicación renal.

Las psicosis de intoxicación, con su confusión mental y, sobre todo, su delirio onírico tan particular, difieren de un modo notable de las vesanias ó locuras puras. Se distinguen no sólo por su naturaleza, sus caracteres, su evolución y sus lesiones patológicas, sino también por el medio en que evolucionan. Son, ante todo, delirios hospitalarios y, por consiguiente, es más fácil estudiarlas en los hospitales que en los manicomios. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del dia 17 *de Abril de* 1901.

Inyecciones hipodérmicas de quinina y tétanos. — El Dr. Desbrousses: En el Hospital Militar de Majunga, se practicaban con mucha frecuencia inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de quinina, y en mayo de 1895 se observaron muchos casos de tétanos en individuos que tenían en diversas partes del cuerpo heridas y excoriaciones. Se supuso que las inyecciones podían ser la causa de la epidemia; se ordenó reducir á lo absolutamente indispensable la práctica de dichas inyecciones, que se redoblaran los cuidados antisépticos y que sólo se hicieran en la pared del vientre, en los vacíos. Desde entonces no se presentó, que sepamos, ningún otro caso; tal vez el tétanos era provocado simplemente por una neuritis ascendente, debida á la irritación de uno ó más nervios por la solución de quinina.

Tratamiento médico de la peritiflitis.—El Dr. Bourget: Nuestros enfermos les sometemos á la dieta hídrica de preferencia; diariamente les administramos 15 ó 20 gramos de aceite de ricino con 1 gramo de salacetol. Si las alteraciones gástricas predominan, hacemos un lavado del estómago con una solución al 1 por 100 de bicarbonato de sosa. También practicamos lavados del intestino con 1 litro de solución acuosa de ictiol al 4 por 1000; al propio tiempo hacemos penetrar en el intestino un poco de aceite de olivas. En el intervalo de los lavados se ponen cataplasmas de harina de linaza en la región de la fosa ilíaca derecha, ó bien 5 ó 6 sanguijuelas si la tumefacción es muy grande y resistente. Desde el segundo ó tercer día de tratamiento se sustituye el aceite de ricino por los purgantes salinos. Con esta terapéutica, se obtiene rápidamente la cesación del dolor y el descenso térmico.

Acción del sidonal sobre la excreción de ácido úrico. — El Dr. Bardet: He tratado por el quinato de piperacina ó sidonal tres enfermos atacados de fenómenos gotosos inveterados con dosis diarias de 3 y 5 gramos. La medicación ha sido prolongada más de un mes y he practicado análisis cada quince días. Bajo la influencia de la medicación, ha mejorado y desaparecido con rapidez la fluxión articular, al propio tiempo que iba disminuyendo la eliminación de ácido úrico, pero con tanta lentitud y en tan poca cantidad, que es de suponer, como indicaba Rabuteau, que la mayor parte del ácido quínico del sidonal es transformado en bicarbonato.

El calor radiante luminoso en terapéutica. — El Dr. Guyenot: El calor radiante luminoso se produce artificialmente en los aparatos Dowsing, con los cuales puede dirigirse aquél sobre cualquier parte del cuerpo y se puede variar la temperatura desde algunos grados por encima de la del medio ambiente hasta la más elevada que puede soportar el organismo con estos aparatos, es decir, hasta 260 *grados* centígrados. La inocuidad de tan elevadas temperaturas, inmediatamente peligrosas, aun localmente, con los procedimientos ordinarios de aplicación, resulta: 1.°, de la renovación constante de aire que se halla en contacto con la piel por una ventilación automática continua; 2.°, de la poca elevación higrométrica del aire; 3.°, de la normalidad de la atmósfera donde respira el enfermo, y 4.°, de la falta total de productos de combustión que puedan contaminar el medio respiratorio. Estas condiciones aseguran la integridad completa de la transpiración cutánea y de la evaporación pulmonar. El calor radiante luminoso es la medicación por excelencia del síntoma dolor en las afecciones reumáticas y gotosas y en los traumatismos sin herida. Con el aparato de Dowsing se tratan con ventaja todas las afecciones en que están indicados los baños de aire caliente, locales ó generales.

Tratamiento de la peritonitis tuberculosa generalizada. — Los Dres. Schmitt y A. Traverse: Con las inyecciones de cacodilato de sosa y con los enemas saturados de sulfuro de carbono, se ha obtenido la curación de un enfermo de cuarenta y siete años que padecía una grave peritonitis tuberculosa generalizada. — Codina Castellví.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE FRANCIA

9.ª sesión celebrada en París del 11 *al* 13 *de Abril de* 1901

(Conclusión)

Una dificultad en el tercer tiempo de la versión por maniobras externas. Extracción.—El Dr. Budin: Se trata de un caso de presentación de la cara en posición mento-ilíaca derecha posterior, en la que se practicó la versión. La extracción de la cabeza fué difícil, porque la boca no estaba á la derecha ni á la izquierda, sino hacia atrás y era casi inaccesible. La cabeza se hallaba detenida por encima del estrecho superior, clavada en posición occipito-pubiana; la frente apoyada contra el promontorio, el diámetro suboccipito-frontal en relación con el promonto-pubiano del estrecho superior. El doctor Macé, jefe de Clínica, practicó la expresión de arriba á abajo y de delante á atrás y la cabeza descendió así fácilmente bajo esta presión directa. La criatura nació viva; pesaba 3750 gramos. Jacquemier creía que, en estos casos, la cabeza podía fijarse con solidez por su diámetro mayor.

Apendicitis durante el puerperio.—El Dr. Dubrisay: Una primípara de veintisiete años, tuvo el embarazo normal sin más síntoma que estreñimiento rebelde. El parto fué bastante penoso y hubo que recurrir al forceps y al alumbramiento artificial. Al día siguiente del parto sintió la enferma dolor agudo en el lado derecho del abdomen, dolor que irradiaba á lo largo del muslo é iba acompañado de vómitos y de elevación ligera de la temperatura. Nada de particular se observó en los órganos genitales. Se diagnosticó la afección de apendicitis. La enferma quedó á dieta durante veinticuatro horas y á dieta hídrica por espacio de varios días; aplicaciones de hielo en el sitio doloroso. Los fenómenos desaparecieron con rapidez y la enferma fué operada en frío y curó.

Experimentos sobre el forceps.—El Dr. Brindeau: Hemos apelado al medio siguiente para conocer la presión que soporta la cabeza al atravesar el estrecho superior disminuído de diámetro. El feto fué decapitado por la articulación occipito-axoidea, la substancia cerebral desgarrada con el dedo y extraída por medio de una corriente de agua. El agujero occipital se obturó con un tapón de lienzo con dos agujeros, provisto cada cual de un tubo; uno de ellos se puso en relación con un manómetro de mercurio y el otro se tapó con cautchut sujeto con una pinza de modo que pudiera abrirse y cerrarse á voluntad. Se llenó la cabeza de agua y se anotó la presión calculada por la altura de la columna de mercurio; los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1.° Presentación de vértice, presión manual; la cabeza pasó con 1 centímetro 6 de altura de la columna;

2.° Aplicación oblícua del forceps Tarnier: la cabeza pasó con 8 centímetros de altura de la columna mercurial;

3.° Aplicación antero-posterior del forceps Tarnier; la cabeza pasó con 24 centímetros de altura de la columna;

4.° Aplicación oblícua del forceps Démelin; la cabeza pasó con 4 centímetros de altura de la columna;

5.° Aplicación antero-posterior del forceps Démelin ; la cabeza pasó con 10 centímetros de altura de la columna ;

6.° Cabeza la última, maniobra de Champetier de Ribes ; la cabeza pasó con 4 centímetros de altura de la columna.

Estos hechos experimentales son análogos por completo á lo que acontece en clínica. Condenan las aplicaciones antero-posteriores de forceps.

El Dr. Démelin : Las compresiones que soporta la cabeza en las aplicaciones de forceps son de tres clases : Unas, debidas al forceps, obran directamente sobre la cabeza, otras, dependientes de la pelvis, obran sobre la cabeza directamente ó por el intermedio del forceps ; esta última compresión pelvi-instrumental, es la más peligrosa de todas. Según los cortes que he hecho en la pelvis, cuyos órganos estaban inyectados de gelatina, el diámetro oblícuo disminuye de longitud de arriba á abajo, del estrecho superior al inferior. El forceps de ramas cruzadas se desliza con fuerza de modo que suele tomar punto de apoyo en la región malar y producir en dicho sitio un traumatismo. Mi forceps de ramas convergentes toma por el contrario punto de apoyo cerca del mentón y no se desliza ; la parte cefalo-instrumental es más pequeña.

Profilaxis de la oftalmía purulenta de los recién nacidos.—El Dr. Thoyer-Rozat : Las oftalmías purulentas son todavía frecuentes, sobre todo, en la clientela de las matronas. Fundándose en los buenos resultados obtenidos en la Clínica de Tarnier por la instilación preventiva en los ojos de todos los recién nacidos de dos gotas de la disolución de nitrato argéntico al 1 por 150, creo que convendría autorizar á las matronas el empleo de este método profiláctico.

Tres casos de estercoremia durante la gestación. — El Dr. Macé : En la primera observación se trata de una mujer embarazada de dos meses y medio que fué conducida á la Clínica en un estado grave ; no había hecho deposición alguna desde once días antes y tenía vómitos. Un enema purgante produjo una deposición ligera. Se administró entonces un purgante por la boca que fué seguido de deposiciones abundantísimas ; la enferma se restableció en poco tiempo.

La segunda enferma se hallaba embarazada de mes y medio. Fué conducida á la Clínica con hemorragia y 38° de temperatura. Estaba estreñida desde hacía mucho tiempo. Su estado mejoró con rapidez á beneficio de un purgante.

La tercera enferma, embarazada casi de término, ingresó en el hospital con fiebre, estreñimiento y albuminuria ligera. Se la puso un enema que fué seguido de una deposición ligera ; la mujer dió á luz ; como no cedía la fiebre, á pesar de no observarse nada anormal en el útero y sus anejos, se administró un purgante, con el que cedió el estreñimiento y curó la enferma.

El Dr. Loviot : Creo que el estreñimiento, la retención fecal antigua, es una causa bastante frecuente de vómitos incoercibles. El mejor tratamiento consiste en el empleo de enemas oleosos que obran lubricando y desprendiendo los excrementos.

Investigaciones sobre la anatomía y la fisiología de la mama. — El Dr. Keiffer : He estudiado la anatomía y la fisiología de la mama de la perra en lactancia. He investigado con especialidad los puntos siguientes :

a) El sistema nervioso del órgano.—Es abundantísimo y participa á la vez de los dos sistemas cerebro-espinal (terminaciones sensitivas en la mamila) y simpático (fibras vasomotoras que tienen bajo su dependencia la secreción láctea).

b) Los vasos arteriales y venosos cuyas ramificaciones últimas, muy numerosas y de pequeño calibre, forman una red finísima en las paredes de los alvéolos glandulares. La actividad de la circulación, la repleción y la turgencia de los vasos en los diversos lobulillos, son completamente distintos, según que éstos se hallen en el estado de congestión prodrómica de la secreción láctea ó en plena actividad secretoria; los lobulillos de la glándula no se hallan en actividad todos á la vez.

c) Los alvéolos glandulares, el epitelio glandular y la secreción láctea.—Existen fondos de saco glandulares hasta en el espesor del músculo pectoral mayor; el epitelio de los fondos de saco glandulares de toda la glándula es cúbico y forma una sola capa, excepto en el período de lactancia; pero experimenta una proliferación celular activísima en el momento en que la secreción láctea va á principiar; se observan entonces en el epitelio figuras numerosas de kariokinesis, las células invaden la luz del alvéolo y concluyen por llenarlo. El protoplasma celular se llena de granulaciones y de principios orgánicos diversos, la pared celular se destruye, los elementos estallan y los núcleos vivos aún, perfectamente colorables y á veces hasta en vías de división, caen con el protoplasma modificado en la cavidad alveolar.

La secreción láctea es, por consiguiente, una secreción holocrina (1); el alvéolo contiene entonces el producto de estas dehiscencias celulares, y en medio del cual, que tardará poco en convertirse en leche, nadan núcleos vivos coloreables. La leche que pasa á los conductos galactóforos, difiere muy poco de este medio celular. La leche es, hablando con propiedad, un medio orgánico viviente. Creo que la ebullición y la esterilización deben modificarla bastante y hacerla perder sus cualidades de medio viviente, alterando, por lo tanto, las propiedades que posee en estado natural, respecto á la alimentación del recién nacido.

Un caso de rotura uterina.—El Dr. Hergott: Para terminar un parto muy laborioso en una mujer de treinta y tres años, plurípara (presentación del hombro izquierdo con procidencia del brazo, membranas rotas antes de la dilatación completa, criatura muerta), necesité practicar la embriotomía raquidiana. Durante esta operación, en la que empleé más de dos horas, salió un poco de sangre del útero, que hasta entonces había estado contraído y de consistencia leñosa. La matriz se hizo globulosa, tomó la forma de un reloj de arena, cuya mitad superior se elevaba algo en el abdomen, y á la vez se observó en la región hipogástrica una crepitación enfisematosa que hacía suponer la existencia de una rotura. Después de la embriotomía y del alumbramiento, la exploración del útero permitió reconocer una rotura de forma irregular, pero completa, que principiaba en el borde lateral izquierdo del cuello y se continuaba con otra desgarradura superior transversal. La laparotomía practicada sin perder tiempo no pudo salvar á la enferma. Creo

(1) Se llaman holocrinas las glándulas cuyo producto de secreción está formado por células enteras que han llegado al término de su evolución (Ranvier).

que la rotura prematura de las membranas antes de dilatarse por completo el orificio uterino, fué la causa de este desastre.

Suspensión de las hemorragias por los ejercicios gimnásticos.— El doctor Stapfer: Creo que la kinisiterapia es el mejor tratamiento de las hemorragias del útero y de sus anejos, siempre que con ella se haga obrar al grupo muscular pelvi-trocanteriano. Coloco la enferma en decúbito dorsal, las piernas dobladas sobre los muslos y las nalgas levantadas sobre el plano del lecho. Separo y aproximo alternativamente las rodillas de la enferma con las manos ordenando á ésta que procure oponerse á estos movimientos. Deben hacerse dos sesiones por día, cada una de las cuales durará de tres á cinco minutos.

Historia de un parto provocado.— El Dr. Merle: Se trata de una pluripara que había tenido doce abortos y tres partos de término. Esta mujer padecía desde tres meses antes grandes accesos de fiebre y síncopes. En el intervalo de los accesos, el estado general era relativamente bueno. Estaba embarazada de siete meses y medio, pero varios médicos que la reconocieron negaron la gestación. Uno de ellos practicó sin accidente alguno el cateterismo uterino. Dada la consistencia blanda del útero, la falta de ruidos fetales y de movimientos activos, sospeché que la criatura estaba muerta, y aconsejé la expectación. La enferma, poco satisfecha con esta conducta, se inyectó ella misma debajo de la piel 15 gotas de la ergotinina de Tanriet, y expulsó un feto que, al parecer, murió durante el parto. La fiebre que padecía esta mujer es la que Tarnier y Budin han descrito con el nombre de fiebre propia de las mujeres embarazadas.

Los jabones y la antisepsia en obstetricia. — Los Dres. Démelin y Audion: Como no se hace caso de los jabones, y en cambio se esteriliza cuidadosamente el agua destinada á lavar las manos de los operadores y de los ayudantes, hemos hecho algunas siembras con los jabones que se usan en la sala de partos de la Clínica Tarnier y hemos obtenido resultados positivos, excepto en un caso en que se sembraron partículas, no de la superficie, sino del centro del jabón.

Las siembras de un jabón de sublimado formó en la superficie del líquido de cultivo una película blanquecina delgadísima de diplococos, que pudieron colorearse por el método de Gram. Otro jabón fabricado antisépticamente y conservado en tubos de plomo análogos á los que se emplean para los colores al óleo, fué objeto de exámenes bacteriológicos que resultaron negativos.

Después de lavarnos las manos con jabón de sublimado y con jabón ordinario, sembramos la superficie de estos jabones y obtuvimos, para el jabón ordinario, un cultivo negativo y para el de sublimado un cultivo de tetrágenos.

El líquido jabonoso contenido en la jabonera del lavabo se vió que podía servir de medio de cultivo á numerosos estafilococos.

Las conclusiones de este trabajo son como siguen:

Es peligroso contar con las supuestas propiedades antisépticas del jabón; la pasta del jabón es antiséptica, dada la temperatura á que se la somete durante la fabricación, pero la superficie de los fragmentos tarda poco en contaminarse, como cualquier objeto expuesto al aire y á todos los contac-

tos ; esta superficie puede después, por conservar vivos los micobios, contaminar las manos del operador confiado ; es necesario, por lo tanto, que éste, antes de dejar asépticas sus manos, procure dejar aséptico el jabón, bien disolviendo y desprendiendo con un chorro de agua su capa superficial ó por varias jabonaduras sucesivas. Es preciso también, después de lavarse las manos, evitar mojarlas en la palangana que contenga agua de estos lavatorios. Se evitará, por último, toda probabilidad de infeccion, empleando un jabón líquido aséptico, del que se emplean á cada lavatorio sólo unas cuantas gotas, y que tiene la ventaja de servir sólo una vez, y cuya dosis última puede sustituir á la vaselina.

El Dr. Lepage : Desde hace dos meses empleo en mi Clínica un jabón de esta clase, pero casi siempre las mujeres reconocidas con este jabón empleado para lubricar el dedo, han sentido escozor molesto en la mucosa vulvo-vaginal.

El Dr. Audion : El escozor de que habla el Dr. Lepage debe atribuirse á la glicerina que contienen estos jabones.

La anestesia cocaínica en obstetricia y en ginecología.—El Dr. Dolèris : La inyección intra-raquidiana de 2 á 25 gotas de la disolución esterilizada de cocaína, produce una anestesia sin pérdida del conocimiento, que en nada se asemeja á la anestesia clorofórmica. La analgesia es rapidísima ; es completa á los diez minutos, al cuarto de hora cuando más, y muchas veces á los cinco minutos. Las propiedades occitócicas fueron demostradas por Accouci en 1891, al menos para la cocaína introducida por la vía estomacal. Pero esta propiedad innegable no basta para provocar un trabajo durable. La acción hemostática, conocida desde los trabajos de François-Franck sobre el corazón, no es en este caso sino consecuencia de la propiedad occitócica que cierra los vasos como una especie de ligadura viviente.

Absceso de la vesícula biliar durante el puerperio.—El Dr. Dolèris : Se trata de una mujer que tuvo un parto prematuro de ocho meses con 39° de temperatura y al día siguiente temperatura de 40 á 41°. Se sospechó una fiebre tifoidea, pero ante el temor de una infección uterina, se raspó la cavidad del útero sin mejoría alguna, lo que probó que este órgano estaba sano. Al día siguiente, el sero-diagnóstico positivo demostró la realidad de la fiebre tifoidea, pero pocos días después se formó un abombamiento infrahepático, que permitió diagnosticar una afección supurada de la vesícula biliar ; la laparotomía demostró la exactitud de tal hipótesis, y, fenómeno excepcional, el bacilo de Eberth se encontró en el líquido biliar que salió por la herida durante los primeros días que siguieron á la colecistostomía.

La linfangitis y la galactoforitis en la Maternidad del Hospital de la Caridad. — El Dr. Maygrier : Desde el 1.° de marzo de 1898 á igual fecha de 1901, he observado en 2432 mujeres paridas de término ó casi de término, en mi Clínica del Hospital de la Caridad, 139 infecciones de la mama, ó sea el 5'71 por 100 ; 51 mujeres padecieron galactoforitis ; 51 linfangitis y 37 las dos afecciones á la vez. Hubo 5 casos de galactoforitis en recién nacidas.

El Dr. Kieffer : Además de la linfangitis y de la galactoforitis, existen casos en los que las glándulas sebáceas que existen en el seno de los conductos galactóforos, se inflaman y supuran ; á pesar de las apariencias, ni las glándulas ni los linfáticos se inflaman, y sin embargo, la afección, desde

el punto de vista clínico, se manifiesta por dureza en la mamila y en las partes inmediatas; el diagnóstico de galactoforitis y hasta de linfangitis, puede hacerse por error en estos casos aunque se trata de afecciones diferentes. He curado un caso por la expresión limitada á las glándulas sebáceas.

Lactancia durante los puerperios patológicos. — Los Dres. Budin y Perret refirieron 19 observaciones de mujeres, que continuaron amamantando sus hijos, aunque padecían diversas afecciones febriles. Estas observaciones se refieren á mujeres afectadas de grippe, linfangitis, angina, ictericia, galactoforitis, infección genital vagino-uterina, etc. Todas estas mujeres, no obstante la fiebre, la elevación de temperatura, ó la intervención quirúrgica, segregaron leche que no ejerció influencia nociva sobre la criatura. Estos autores deducen de semejantes hechos la inutilidad de la interrupción de la lactancia en tales casos, lo que tiene una importancia grandísima desde el punto de vista práctico.

Niños débiles. — El Dr. Budin: En tres años, en la Clínica Tarnier, he observado 435 niños débiles de los que 52 murieron y 388 salieron vivos del hospital. ¿Cuál fué su suerte ulterior? Es más difícil hacer observaciones de este género en los niños que nacen en el hospital, que en los de la clientela privada.

Entre los niños débiles que nacieron en la Clínica y que volvieron á la consulta se observó:

De 11 que nacieron en 1898, viven aún 9 y 2 han muerto;

De 21 que nacieron en 1899, viven 17, han muerto 2 y han desaparecido 2;

De 31 que nacieron en 1900, viven 30 y ha desaparecido 1.

De este pronóstico de la debilidad congénita vigilada, deduzco la legitimidad del parto prematuro provocado en las pelvis estrechas; hasta aconsejo no esperar mucho tiempo para provocar el parto, porque es mejor que se trate de un niño débil, cuya expulsión será fácil, que de otro voluminoso que exigirá el uso del forceps ó la versión laboriosa. — F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 26 de Marzo de 1901.

Anemia perniciosa.—El *Dr. W. Hunter* refirió el caso siguiente: Un hombre de treinta y siete años ingresó en el Charing Cross Hospital, quejándose de gran debilidad, disnea y palpitaciones. No tenía antecedentes patológicos de familia. Cuatro años antes había sufrido dos traumatismos en la cabeza y recibió en la región del bazo un par de coces. Su enfermedad actual principió hace dos años por inapetencia y enflaquecimiento, sentía dolor casi constante en el abdomen, principalmente en la región del bazo, y á veces en la boca; las encías se hincharon y en el dorso de la lengua aparecieron placas rojas. Seis meses antes de ingresar el enfermo en el hospital se le extrajeron tres dientes careados. Después tuvo náuseas, disnea, palpitaciones y vértigos. La piel adquirió un color amarillo de limón. Al ingresar en el hospital estaba este individuo bastante bien nutrido. El hígado era

normal, pero había sensibilidad hipogástrica marcada y aumento ligero de volumen del bazo. La orina era de color obscuro y contenía urobilina. El número de glóbulos rojos era de 1.500.000 por cent. cúb., y la hemoglobina estaba reducida á 35 por 100. Existían células rojas nucleares en gran número y poiquilocitosis. Se aconsejó un colutorio antiséptico y la disolución de percloruro de mercurio como antiséptico intestinal. Este tratamiento se continuó durante cinco días sin gran éxito. Se prolongó por espacio de cinco semanas, combinándose con las inyecciones de suero anti-estreptocócico. A las tres semanas el número de glóbulos rojos se había elevado á 3.290.000 y la hemoglobina á 75 por 100. El aspecto del enfermo era mejor y el color de la orina normal. Se continuaron los antisépticos bucal é intestinal, administrándose además el licor de Fowler. A los cuatro meses de este tratamiento, el número de glóbulos rojos por centímetro cúbico, era de 4 550.000 y la proporción de hemoglobina de 104 por 100. El Dr. Hunter cree que en este caso se trataba de una enfermedad infecciosa en la que la sepsis del aparato digestivo desempeña un papel importante. El tratamiento tuvo por objeto corregir la sepsis por la antisepsia bucal y gastro-intestinal. La enfermedad está caracterizada por la destrucción intermitente de los glóbulos rojos, el trastorno periódico de las funciones digestivas y ataques toxémicos ocasionales. No puede ser producida por los factores etiológicos de la anemia ordinaria, sea la que quiera su intensidad. El modo típico de desarrollo es rápido. Los rasgos clínicos de la enfermedad pueden dividirse en cuatro grupos: síntomas generales, manifestaciones hemolíticas, síntomas bucales, gástricos é intestinales y resultados toxémicos, como fiebre y trastornos nerviosos. La periodicidad de éstos y la oligocitemia profunda, son característicos de la enfermedad.

El *Dr. C. Reissmann* preguntó si existe alguna alteración especial de la sangre que permita diagnosticar en vida la anemia perniciosa.

El *Dr. Bokenham* preguntó al Dr. Hunter si había empleado el cultivo para conocer la naturaleza bacteriológica de la enfermedad. Cree que las cuatro inyecciones de suero hechas al enfermo fueron suficientes para mitigar alguno de los efectos estreptocócicos, pero que no influyeron sobre los debidos á los estafilococos.

El *Dr. T. D. Savill* aludió á la relación posible de las supuestas relaciones causales de la anemia perniciosa con la neurastenia. La caries dentaria y sus efectos son evidentes en muchos de estos casos neurasténicos.

El *Dr. A. E. Barker* dijo que las investigaciones hechas son útiles por llamar la atención sobre el estado de la boca en ciertas enfermedades, principalmente en la de los intestinos y el estómago.

El *Dr. Hunter* manifestó que la asociación del estado séptico de la boca con las alteraciones características de la anemia perniciosa, lo había observado en 10 casos. Las alteraciones gástricas indican sencillamente el sitio actual de la infección, causa verdadera de la anemia perniciosa. El diagnóstico sólo puede fundarse en las alteraciones de la sangre. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 24 de Abril de 1901.

Influencia del raquitismo y del cruzamiento de razas en el desarrollo de la miopía, del astigmatismo y de otros estados patológicos. — El Dr. Hauchecorne: Así como el raquitismo produce lesiones en la bóveda craneana, debe ocasionarlas también en el techo orbitario, y de rechazo influir en el globo ocular y en el desarrollo de todo el esqueleto facial. Conozco una mujer á la que al nacer la escaldaron el ojo derecho en un baño muy caliente, y á consecuencia de la pérdida de este ojo quedó la región respectiva mucho menos desarrollada que la del lado opuesto. Al curarse el raquitismo se consolida el techo de la órbita en su posición anormal y, á causa de ello, el globo ocular respectivo queda aplanado en su diámetro vertical, alargado en el antero-posterior y exoftálmico. Así se explican la miopía y el astigmatismo de ciertos niños, siendo de notar que el astigmatismo es á veces oblícuo por la costumbre que tienen algunas criaturas de estar siempre echadas de un mismo lado. La miopía también puede desarrollarse por el hecho de que, al ser comprimida la órbita y encontrar resistencia en su contenido, se desarrollan los huesos en dirección del eje longitudinal. Hay que contar con la llamada «impresión basilar» del cráneo, que consiste en la propulsión de la zona correspondiente al agujero occipital, hacia el interior de la cavidad craneana. Además de esto, la tracción que ejercen los músculos del cuello y de la cabeza, contribuye á hacer más pronunciada dicha impresión basilar, atrayendo la base del cráneo hacia el tórax. Basta este hecho para alargar la órbita en su eje longitudinal y aplanarla en el vertical.

Ahora bien, cuando el globo ocular sufre una compresión de arriba á abajo, se presentan en él las siguientes modificaciones: 1.ª, alargamiento del eje longitudinal; 2.ª, acentuación de la convexidad de la córnea; 3.ª, aumento en la profundidad de la cámara anterior; 4.ª, modificación en la corvadura del cristalino; 5.ª, aumento en el espesor de éste; 6.ª, las partes más resistentes desde la córnea hasta el cristalino, son aquellas cuyo eje se alarga menos; en cambio el humor vítreo es el que sufre el máximum de compresión. A la objeción de que no todos los raquíticos se vuelven miopes, he de contestar que, según C. Dubois Reymond, todos los hombres nacemos hipermétropes. Además, hay muchos sujetos que son muy miopes antes de haber ido á ninguna escuela, ó que se han educado en escuelas rurales ó comunales, donde no se esfuerza la vista, y en cambio no se vuelven miopes niños no raquíticos que se exponen á la nociva influencia del medio escolar. Si este medio y el raquitismo no actúan más que en un grado reducido, convertirán un ojo hipermétrope en normal; si su influencia es mayor, lo convertirán en miope. Con mi teoría se explica también el predominio de la miopía en el sexo masculino, tanto porque en este último es más frecuente el raquitismo, como porque los ojos de los niños son algo mayores que los de las niñas. Por otra parte, los varones también se exponen durante un período de tiempo más largo, á la influencia nociva del medio escolar.

Otra prueba á favor de mi teoría es el hecho en que insiste Claude Du-

bois Reymond, de que todos los niños que padecen catarata cortical son miopes. La causa de dicha catarata es el raquitismo, puesto que la eclampsia, ó en su caso los espasmos violentos del músculo ciliar, determinan trastornos de nutrición del cristalino.

La influencia del raquitismo trasciende á todo el período del crecimiento y quizá hasta la ancianidad más avanzada. Sus causas se hallan en todas partes, hasta en la misma población rural, pero en esta última se mueren la mayoría de los niños raquíticos, por lo menos cuando se trata de casos graves. En cambio, en la población urbana, á fuerza de cuidados se consigue sacar adelante niños raquíticos, que de otro modo se hubieran malogrado, y que cuando son hombres transmiten la enfermedad á su descendencia. La mayoría de los miopes proviene de estas familias. La miopía, lo mismo que el raquitismo, están mucho menos difundidos en las familias cultas que desde hace muchas generaciones vienen viviendo al aire libre, hacen mucho ejercicio físico, y están sometidas á una especie de selección natural, que conserva la pureza de la raza y las preserva de degenaración. Lo mismo sucede en las familias de clase acomodada, cuyos hijos se desarrollan al aire libre, por tener su medio de vivir en poblaciones rurales. En cambio, cuanto más populosa es una capital, mayor es en ella la proporción de sujetos miopes. Recordaré con este motivo que, según las estadísticas, en los malayos son rarísimos los casos de vicios de refracción; en los niños de escuela se ha comprobado la relación entre la miopía y otras afecciones oculares por una parte, y el raquitismo por otra. Además, Hansemann ha demostrado que en los monos el raquitismo es causa de que la órbita se reduzca en su diámetro vertical y que ciertos casos de amaurosis por estrangulación del nervio óptico, se explicarían de ese modo, lo mismo que algunos casos de desprendimiento de la retina y de corio-retinitis de los miopes (por estiramiento del nervio óptico estrangulado y los trastornos de nutrición consiguientes á este hecho).

En el desarrollo de la miopía y del astigmatismo influye también el cruzamiento de razas. Este se efectúa en la especie humana, y sobre todo en los pueblos civilizados de un modo completamente caprichoso. Es muy raro que el hijo herede todos los caracteres de uno de sus progenitores; por lo general, aun en cada órgano hereda particularidades de sus dos ascendientes, y por la ley del atavismo, rasgos que pertenecen á antepasados de tres ó cuatro generaciones precedentes. Resulta de todo esto, que el cruzamiento de razas muy heterogéneas, que tan frecuente es en nuestras grandes capitales, da origen á seres humanos que tienen la particularidad de reunir los defectos de todas las razas de que provienen. Particularmente por lo que respecta á nuestro tema, sucede muy á menudo que se hereda la conformación craneana de una raza y la forma de globo ocular de la otra, resultando de esto una desproporción que no puede menos de influir en el desarrollo de la miopía, á la manera de lo que acontece, según hemos visto, en los casos de raquitismo. Pero si éste interviene además, no podrá menos de contribuir al mayor desarrollo de la mencionada anomalía de refracción y también del astigmatismo.—R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 29 *de Marzo de* 1901.

Circulación venosa colateral, como consecuencia de una trombosis de la vena ilíaca. — El Dr. Gebhardt: El sujeto que aquí presento, en el curso de una fiebre tifoidea que padeció hace un año comenzó á hinchársele la pierna izquierda, y después de deshinchada ésta sucedió lo mismo con la derecha. En la actualidad las venas cutáneas del miembro inferior derecho se han ensanchado en el lado externo del mismo, hasta convertirse en un plexo voluminoso que se agrupa constituyendo dos grupos de venas, uno de los cuales se dirige á la región sacro-lumbar y el otro á la fosa oval. Desde este último punto parte la vena superficial muy ensanchada, la cual, atravesando la cara anterior del abdomen, se dirige á un plexo venoso que se encuentra en el epigastrio y en la parte inferior del esternón, y que no es otra cosa que las raíces de las venas mamarias internas. Según esto, la oclusión venosa tiene que radicar necesariamente en un punto muy alto, por encima de la desembocadura de la vena epigástrica y, por lo tanto, en la ilíaca externa ó en la primitiva. La trombosis no puede estar localizada en la vena cava, puesto que la afección es unilateral, y en el lado izquierdo no está dilatada ninguna vena. La particularidad anatómica de este caso, y que le hace interesante, es el hecho de que la circulación colateral no se ha establecido con la vena axilar por intermedio de la vena epigástrica torácico-tegumentaria, sino exclusivamente por la vena epigástrica con las mamarias internas.

Linfangioma cavernoso y recidivante de la pared posterior de la faringe.— El Dr. Weil: La joven de diecisiete años que aquí presento padecía en junio de 1896 de hemorragias procedentes de la cavidad bucal, trastornos en la deglución y disnea: además estaba muy anémica. Del examen que practiqué en aquella época resultó el descubrimiento de un tumor del tamaño de una nuez, y que estaba fijo por medio de una base ancha en la parte inferior de la pared posterior de la faringe enfrente de la entrada de la laringe; al lado de él existía otro tumor, del tamaño de una judía, que extirpé por medio del asa galvano cáustica. El año 1897 sobrevino una recidiva acompañada de rápido aumento de volumen de las tonsilas, que fueron extirpadas, demostrando su examen microscópico la existencia de una simple hipertrofia. En 1898 reaparecieron hemorragias procedentes de un tumor de dimensiones casi idénticas, que fué extirpado en marzo del mismo año merced á la faringotomía lateral. A principios de 1900 se inició una nueva recidiva, y á fines del mismo año sobrevinieron de nuevo hemorragias que cohibí por medio de las insuflaciones de tanino, con lo cual se redujo considerablemente el volumen del tumor. En la actualidad el cuadro clínico es casi idéntico al que se observaba hace cinco años. El caso presente es único en su género en la literatura médica.

Endoteliomas múltiples de los huesos. Trombosis de la vena cava.—El doctor K. Sternberg: Aquí presento preparaciones procedentes de un caso en que se habían desarrollado endoteliomas múltiples en todos los huesos, y especialmente en la médula de los huesos largos. El cuadro clínico era el propio

de la anemia perniciosa, pero no se pudo encontrar el punto de partida de los neoplasmas. En los tumores reveló el examen microscópico la existencia de células vesiculosas; en los capilares del hígado y del bazo se hallaron mieloplaxas.

Las otras preparaciones que aquí presento proceden de un caso en que se formaron trombosis de la vena cava, que llegaban hasta la aurícula derecha. Las trombosis reconocían por origen masas neoplásicas.

Síntomas de la nefrolitiasis.— El Dr. M. Sternberg: En algunos casos es bastante difícil el diagnóstico de la nefrolitiasis, porque la orina presenta pocas modificaciones ó ninguna, y en cambio se marcan más ciertos síntomas accidentales que alteran por completo el cuadro morboso. Sucede especialmente esto con las náuseas, los vómitos, el estreñimiento, el meteorismo, etc.; en ciertos casos se acentúan tanto estos fenómenos, que constituyen una verdadera forma gastro-intestinal de la nefrolitiasis. Estos casos atípicos que no son del todo raros, es frecuente que permanezcan ignorados por mucho tiempo. Así se comprende también que apenas se haga mérito de ellos en la literatura moderna, y que yo mismo haya venido á caer en la cuenta de que existen, por uno que vengo tratando desde hace algunos años.

Un sujeto sano, bien alimentado y hasta quizá con exceso, viene sintiendo ganas frecuentes de orinar desde la edad de veintiocho años. Poco á poco se fué acostumbrando á este síntoma, hasta el punto de no prestarle ninguna atención. A la edad de treinta y un años, y después á los treinta y cinco, treinta y seis y treinta y nueve, ha tenido ataques de dolores espasmódicos en la mitad derecha del vientre, los cuales fueron acompañados casi siempre de estreñimiento y meteorismo, muchas veces de náuseas y arcadas, de tenesmo vesical y de un moderado ascenso de temperatura. Terminaban á los pocos días, y en los intervalos el sujeto se sentía bien. Los ataques tenían el carácter del cólico apendicular, y así fueron diagnosticados por varios médicos. El último ataque fué precedido de mayor tenesmo vesical, cuyo síntoma continúa desde entonces. A los ocho días del último ataque, salieron arenillas úricas con la orina, terminando de ese modo la enfermedad. En la orina nunca se habían encontrado sangre, albúmina, pus ni ningún sedimento patológico; tampoco se habían expulsado anteriormente arenillas. Este caso se puede calificar muy bien de cólico nefrítico larvado. Los síntomas que llamaban la atención eran los del tubo digestivo, ó sea la náusea, el asco, la arcada, el vómito y la no expulsión de gases y de heces fecales. Pero el dolor radicaba en la mitad derecha del vientre, y la sensibilidad á la presión, en la fosa ilíaca, circunstancias que inducían á localizar los dolores en el ureter. Sin embargo, éste desciende á la pelvis menor, pasando muy cerca del ciego, y así se comprende muy bien que se hubiese atribuído el dolor al apéndice y que se hubiese considerado la distensión del intestino delgado como una prueba á favor de semejante diagnóstico. La elevación de temperatura completaba el cuadro propio del cólico apendicular. En cambio, por parte de los órganos urinarios, casi no había ningún síntoma que pudiera interpretarse como propio de la nefrolitiasis. Lo único que era seguramente poco común, era el tenesmo duradero que precedió y siguió al último ataque; pero se creyó preferible considerarlo como un síntoma insólito de

una afección común del apéndice. Hasta que no salieron las primeras arenillas no se pudo aclarar por completo el diagnóstico.

En otros dos casos parecidos al precedente, se presentó además un síntoma particular, y cuya importancia diagnóstica no ha sido apreciada hasta ahora. Este síntoma, que permitió conocer el cólico nefrítico en el primer ataque, es la *cesación del dolor cuando el enfermo eleva el extremo inferior del tronco del modo más vertical posible.* En general, lo que caracteriza á los casos atípicos de nefrolitiasis á que nos estamos refiriendo, es la siguiente triada: predominio de los fenómenos gastro-intestinales, aparición del dolor en puntos atípicos, y falta de síntomas urinarios bien manifiestos.

Los fenómenos gástricos de la litiasis renal son conocidos desde hace mucho tiempo, y se encuentran mencionados en la literatura casi siempre en los mismos términos. Sabido es que en esta clase de enfermos, hasta en los intervalos de los ataques, propiamente dichos, se presentan muy á menudo desgana, náuseas, lengua sucia, en algunos casos vómitos y otros fenómenos de orden gástrico. La clínica y la literatura respectiva nos enseñan que en los casos de cólico renal ordinario es también muy frecuente la aparición de síntomas intestinales. En este concepto conviene distinguir, ante todo, los trastornos crónicos y los agudos. Los trastornos gástricos intestinales crónicos son provocados muchas veces por las lesiones del parénquima renal y por las consecuencias que éstas reportan al metabolismo nutritivo; en otras ocasiones reconocen por causa trastornos mecánicos de la micción, una auto-intoxicación ó la infección de las vías urinarias; también pueden provenir de lesiones anatómicas secundarias del tubo digestivo.

Respecto á los trastornos digestivos que sobrevienen en los casos agudos, algunos de ellos, como la desgana, la repugnancia á los alimentos y el asco, reconocen la misma causa que los fenómenos que se observan en los casos en que la emisión de orina es dificultada por alteraciones patológicas de las vías urinarias inferiores, tales como estrecheces, hipertrofia prostática y lesiones vesicales. Tienen, por lo tanto, el mismo origen que los fenómenos patológicos últimamente mencionados, cuya causa se atribuye hoy en día á una auto-intoxicación por la generalidad de los autores. En cambio el vómito de aparición violenta, la retención de heces fecales y de gases y el meteorismo, acompañado de ciertos síntomas sensitivos tales como la gastralgia y enteralgia, constituyen un grupo peculiar de síntomas que evidentemente tienen relación entre sí y que quizá se pudieran calificar de «peritoneales».

Este conjunto sintomático aparece de pronto con el ataque y cesa con él también con la misma rapidez. Respecto al tratamiento de estos fenómenos intestinales, tengo que manifestar que en los casos observados por mí fué completamente inútil el uso de los purgantes. En cambio produjeron algún alivio los enemas de aceite. Mas por lo que se refiere á los síntomas que en muchos casos atormentaron á los enfermos en gran manera, sólo se pudieron combatir de un modo eficaz con el opio.

La localización atípica del dolor, radicaba en los casos observados por mí en la región íleo-cecal y en el extremo de la décima costilla. El primer dolor lo interpreto como orgánico, y lo juzgo análogo al dolor y á la sensibilidad á la presión, que es frecuente observar en la región renal cuando existen cálculos en el riñón; en cambio el dolor que se fija en el extremo de la

décima costilla, es seguramente una «sensibilidad cutánea refleja» bien caracterizada.

En lo que se refiere á la no existencia de síntomas urinarios, he de hacer constar que hay casos de cólico nefrítico en que la orina se conserva por mucho tiempo exenta de todo elemento patológico, y que, en general, todavía se concede demasiada importancia al dato de que la orina debe presentar alteraciones patológicas bien manifiestas en los casos de nefrolitiasis. Según esto, las formas atípicas á que me estoy refiriendo, en principio no difieren nada del paroxismo común. En realidad, la dificultad diagnóstica de más importancia es puramente subjetiva, y consiste en la costumbre que hay de creer en la poca frecuencia de los cálculos renales. Así se explica también que rara vez se interpreta con exactitud el primer ataque de un nefrolitiásico. Ahora bien, dado este frecuente desconocimiento de la afección, creemos que, además del examen radioscópico, podrá prestar útiles servicios en algunos casos el síntoma que consiste en el alivio del dolor, cuando se eleva el extremo inferior del tronco.—R. DEL VALLE.

SOCIEDAD OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA DE SAN PETERSBURGO

Sesión del día 28 *de Febrero de* 1901.

Ensayo de aplicar las leyes de la evolución al estudio de las causas que influyen en el desarrollo del sexo del feto. — El *Dr. Shipof* dice que en la naturaleza rigen dos leyes biológicas fundamentales: la ley de la herencia que conserva á los descendientes la organización de sus padres y abuelos y la ley de la variabilidad, bajo cuyo influjo se verifica la alteración de las especies y el desarrollo de las diferencias personales. Las fuerzas del atavismo y las leyes de la herencia predominan en la mujer y la hembra en general; la variabilidad es más propia del varón y del macho de los animales (Darwin, Havelock, Ellis) El predominio en la hembra de las fuerzas conservadoras del hereditarismo, resulta claramente perceptible si comparamos los animales inferiores con los superiores, las razas inferiores con las superiores, los distintivos sexuales secundarios entre la mujer y el varón. Entonces se echa de ver en seguida que la mujer, más que el varón, se presenta como el eslabón de enlace entre el hombre y el reino animal. A favor de esto hablan, en general, todos los caracteres sexuales secundarios de la mujer, como, por ejemplo, del lado anatómico, su estatura menor, la mayor inclinación del cuerpo hacia delante; el mayor desarrollo de los órganos abdominales y la mayor longitud del tronco en comparación con las extremidades; la menor capacidad del cráneo; el mayor desarrollo relativo de los lóbulos occipitales del cerebro y de algunas circunvoluciones, así como del cerebelo con un tamaño relativamente menor del lóbulo parietal y, en general, de todo el cerebro; el peso relativamente menor del cerebro con respecto á la médula. Del lado fisiológico, tenemos la mayor resistencia de la mujer á las enfermedades y á las pérdidas de sangre; la mayor duración de la vida; la más pronta madurez y desarrollo de todo el cuerpo; la temperatu-

ra más baja y grandes oscilaciones de la misma, especialmente durante la menstruacion; metabolismo menos intenso. En las propiedades psíquicas mayor instintividad, á consecuencia de la cual se manifiesta con relativa facilidad el instinto materno, pensamiento más concreto y figurado y menor idealidad. En la vida social, la mujer se presenta como principal fuerza conservadora, guardando la provisión existente de las fuerzas intelectuales y morales de su tribu, puesto que la madre, desde la cuna, enseña al niño la lengua patria, la poesía natural y las opiniones vulgares de la sociedad sobre moral, religión, ciencia, etc. Por su resistencia física y capacidad de parir y nutrir á los hijos, se presenta como principal fuerza conservadora de una tribu dada, asegurando su existencia en la tierra, mientras que el cuidado de la conservación de la vida de la tribu en el tiempo, es decir, en la historia, incumbe al hombre. En éste, predomina la variabilidad; hay menos atavismo y hereditarismo en su estructura; se observan más á menudo irregularidades y mónstruos; en cuanto á las propiedades psíquicas, se observan más á menudo talentos é idiotas. Aumentando la variabilidad de los padres, facilitaremos el desarrollo de individuos del sexo masculino, y en cambio, ayudando á los padres á conservar las fuerzas del hereditarismo, influiremos para el desarrollo de individuos del sexo femenino. Una vida más sosegada de los padres y todas las condiciones que la faciliten, influyen para aumentar la fuerza del hereditarismo y producir individuos del sexo femenino. En cambio, la necesidad para los padres de desplegar una actividad extensa bajo el influjo de condiciones más apremiantes de la vida y, en general, todas las condiciones que estimulan su actividad, han de influir para que resulten hijos del sexo masculino.

Estas suposiciones resultan confirmadas por los datos de la multiplicación de las plantas, de los animales y del hombre. En las plantas vemos que un suelo seco y magro que obliga á la planta á hacer esfuerzos para nutrirse y procurarse la luz y el calor, que favorecen un rápido movimiento de la savia, hacen desarrollarse flores masculinas; en cambio un suelo graso, humedad y sombra, favorecen el desarrollo de flores femeninas. Una mala nutrición con alimentos poco nutritivos, obligando á los animales á hacer esfuerzos para conseguir y digerir el alimento, favorecen la concepción de fetos masculinos, mientras que una alimentación abundante y buena favorece la producción de fetos femeninos. Esto se confirma por la partenogenesis, que existe tan sólo en condiciones favorables. Una mala nutrición de las larvas favorece el desarrollo de machos; éstos salen también de huevos pequeños, mientras que los grandes dan hembras. Cuanto más complicada sea la estructura de los animales, tanto más energía nerviosa han de gastar para mantener su integridad y su elevada temperatura; por esto nacen entre los animales invertebrados inferiores casi exclusivamente hembras, y en los vertebrados de sangre fría nacen de dos á tres veces menos machos que hembras; en cambio entre los de sangre caliente, sobre todo los mamíferos, nacen más machos que hembras. La lucha por la existencia y la selección, haciendo más activa la vida de los padres, favorece el nacimiento de mayor número de machos. En el Sur, en que las condiciones de la vida son favorables, nacen más niñas, y en el Norte más niños. La pobreza aumenta la natalidad de varones (judíos); el bienestar material hace crecer la natalidad de las

hembras (colonos alemanes en Rusia). La guerra, conmoviendo fuertemente la vida de un país, favorece la natalidad de varones, lo mismo hace la lucha para la existencia y un amor recíproco intenso de los padres; por esto los primeros hijos suelen ser varones y los siguientes hembras.

Shipof sometió á su indagación á las 368 mujeres que durante catorce meses ingresaron en la Maternidad de Smolensk. Con respecto á las que parieron varones, anotó que empezaron más tarde á tener la menstruación (16'11 años contra 15'51 de las que parieron hembras); también se casaron más tarde (20'25 años contra 19'47); su estatura es algo mayor (155'77 contra 150'11 cm); el color del cabello es algo más obscuro, y lo mismo sucede con los ojos; sus dientes, algo más fuertes. Hallándose en circunstancias menos acomodadas, tenían que trabajar y andar más en los primeros meses del embarazo. Con respecto al influjo del ovario derecho ó izquierdo, no se confirmaron las suposiciones de Henke y Seligsohn, pues dos mujeres á las que se había extirpado el ovario izquierdo, parieron hembras, y en un útero bicorne se desarrolló un feto femenino en el cuerno derecho. Sin embargo, algún influjo en el sexo del feto debe de tener la mitad derecha del cuerpo, pues el primer movimiento fetal de los varones se percibió más á menudo á la derecha, y en las hembras á la izquierda. Las madres de varones eran también más propensas á dormir del lado derecho, y las de hembras del lado izquierdo. Las piernas se edematizan con menor frecuencia en las embarazadas de varones; la leche aparece más tarde y el parto es más corto. Con respecto á las intoxicaciones, se ve que los padres de hembras son menos aficionados al tabaco, y sobre todo al abuso de las bebidas alcohólicas, que, como se sabe, rebajan grandemente la energía humana. Las madres de varones eran más celosas, tenían el instinto materno menos desarrollado, carácter más duro y menos tierno. Todos estos datos hablan á favor de la idea que las mujeres que paren varones tienen un tipo más viril en el desarrollo del cuerpo y de las propiedades psíquicas, y por consiguiente, más energía de variabilidad.

En cuanto á las condiciones de la concepción, vemos que más á menudo se verifica después de la menstruación; pero de todos modos, si es anterior, nacen más á menudo hembras; si posterior, varones, lo cual evidentemente está en relación con la mayor ó menor madurez del óvulo. La embriaguez de los padres, sobre todo si es intensa, favorece la concepción de hembras. Como factor cósmico se ha observado un influjo de las fases de la luna, naciendo más hembras en luna nueva, y más varones en luna llena. En cuanto al curso de los primeros meses del embarazo, cuando el sexo del feto aún no está definido, Shipof encontró con respecto al estado general de la nutrición, que las que paren varones comen menos y enflaquecen, padecen más vómitos, náuseas y acedías, cosas que han de influir de mala manera en la nutrición general de la embarazada. Las embarazadas que crían, paren luego más á menudo varones. Las que llevan feto masculino son difíciles en la comida, detestan la carne, los dulces, la leche, prefieren el pan moreno al blanco y beben menos té y agua; en cambio, manifiestan afición á los condimentos amargos y ácidos, á lo salado, las cebollas y el arenque. Las embarazadas de hembras tienen más veces afición á la bebida. También el funcionalismo químico es algo diferente, pues las embarazadas de varón tienen

más á menudo manchas en la cara, mientras que el pelo les cae menos y su dentadura es más resistente. En su estado neuropsíquico, las embarazadas de varón suelen ser más movidas y más laboriosas, se quejan menos de debilidad, son más listas, duermen menos, son de humor más igual, menos irritable, menos llorón, no pierden tan fácilmente la memoria, desean que el hijo sea de un sexo determinado; mientras que á las embarazadas de hembra les suele ser indiferente que salga un varón ó una hembra. La mayor tensión de las fuerzas de la embarazada con varón y sus trastornos nutritivos, explican por qué los abortos y los nacidos muertos son más veces varones que hembras, y por qué en el primer año de la vida mueren más niños que niñas.

De todas sus averiguaciones hechas acerca de los 368 partos, deduce Shipof que todos los hechos hablan á favor de su teoría, menos el de los partos ilegítimos que dieron más varones que hembras. En cuanto al curso del embarazo, se ve que el típico da más niñas y el mixto y atípico dan más varones. Esto indica que una sola causa puede influir preponderantemente en la variabilidad del feto que sale varon, á pesar de todos los demás factores. En el curso de la preñez, no influye el hecho de ser la primera ó una posterior. Las teorías que afirman la existencia de una transmisión directa ó cruzada del sexo por los padres, y consideran el sexo de la descendencia como una cantidad constante, estableciendo una diferencia radical entre los sexos masculino y femenino, carecen de fundamento; todas las propiedades y calidades del alma humana existen en uno y otro sexo, sólo que en el femenino predominan algo las fuerzas del atavismo y las leyes del hereditarismo, al paso que la variabilidad es más propia del varón. El desarrollo del sexo no depende de una lucha y victoria de un sexo sobre el otro, sino de la capacidad coital de los padres de desplegar más ó menos energía y actividad vital. Ninguna de las teorías existentes para explicar la producción de los sexos basta para poner la cuestión en claro. La opinión de Schenck de que una alimentación animal favorece el desarrollo de varones, no tiene fundamento positivo; antes al contrario, parece que el régimen de carne favorece el nacimiento de hembras. Tampoco se funda en hechos la opinión de Henke y Seligsohn. Los resultados obtenidos por Shipof, instigan á continuar las observaciones, y por el pronto inducen á concluir que: *a)* el sexo de la descendencia se desarrolla bajo el influjo de las mismas sencillas leyes naturales que rigen para las plantas y los animales; *b)* el sexo de los fetos no depende de una sola causa cualquiera, sino de una multitud, de las cuales, unas aumentando la variabilidad favorecen el desarrollo de varones, y otras reforzando las tendencias hereditarias, son propicias al nacimiento de hembras. Este modo de considerar la producción del sexo está acorde con la opinión de Barfurth, Kohn y otros autores modernos; *c)* el número de observaciones no basta para determinar positivamente cuáles son los factores que desempeñan el principal papel en la producción de uno ú otro sexo, pero permite suponer con gran probabilidad que un papel importante corresponde á la constitución de los padres y á que desplieguen más ó menos energía y tensión de sus fuerzas físicas y psíquicas, sobre todo antes de la concepción y durante los primeros meses del embarazo; *e)* en oposición á las opiniones hasta ahora sostenidas, Shipof coloca en primer término las calidades

anímicas de los padres, y su mayor ó menor desplegamiento de energía, quedando la constitución corporal en segundo término, como un algo subordinado á las fuerzas psíquicas. — (*Vrach.*). — G. SENTIÑÓN.

PERIÓDICOS

Terapéutica de la blenorragia. — Scherck recomienda las inyecciones y las irrigaciones de la uretra. Para las inyecciones usa el mercuriol al 2 por 100 ó el protargol al 5 por 100. La inyección se practica con una jeringa de punta roma inyectando líquido hasta distender la porción anterior de la uretra. A los cinco minutos se deja salir el líquido inyectado y se hace una irrigación con dos litros de la disolución de permanganato de potasa al 1 por 1000. Este tratamiento combinado se usa dos veces al día, aumentando poco á poco la dosis de permanganato hasta el 1 por 500. Los gonococos son destruídos en seis á diez días por término medio, y el tratamiento dura en conjunto catorce días. Después de desaparecer los gonococos, se continúan las irrigaciones con la disolución de permanganato. Al interior emplea Scherck cada cuatro horas una cápsula que contiene 25 centígramos de cistógeno y 10 gotas de esencia de sándalo. El cistógeno forma en la orina formaldehído que obra como germicida. En la uretritis posterior crónica practica el amasamiento de la próstata por el recto, irrigando después la uretra con la disolución de permanganato é inyectando en su porción prostática cualquiera de las preparaciones indicadas.—(*Therap. Gaz.*)—F. TOLEDO.

Valor terapéutico del hedonal.—El Dr. Stahr, de Konigshutter, refiere haber empleado el hedonal á la dosis de 2 gramos en diferentes formas de psicosis, sin usar á la vez ningún otro medicamento. En la mayoría de los casos se obtuvo con bastante rapidez un sueño reparador y de seis á siete horas de duración. En los enfermos muy excitados se llegaron á emplear hasta 4 gramos. En dos casos el resultado fué excelente, después de haberse empleado en vano otros hipnóticos, los baños prolongados, etc.; en cambio, fracasó en un tercer caso en que la inquietud era principalmente de origen psicosensorial. Nunca se observaron acumulación, efectos accesorios desagradables, ni tampoco aumento en la diuresis, ni siquiera en una enferma que llegó á tomar de un modo sucesivo unos 150 gramos del medicamento. Algunos enfermos manifestaron que éste, á diferencia de otros hipnóticos, no les había producido ninguna molestia. Su sabor desagradable se disminuye administrándolo en sellos ó en pastillas.

(*Psychiatr. Wochenschr.*).—R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PSICOSIS INFECCIOSA

POR EL

DOCTOR DON VICENTE OTS Y ESQUERDO

Médico-Director del Manicomio de Vizcaya, en Bermeo.

Al dar publicidad á la presente nota clínica, obedecemos únicamente al deseo de hacer resaltar de un modo claro la eficacia indiscutible de la terapéutica en las afecciones mentales, á fin de combatir de este modo ese funesto prejuicio que domina no sólo entre el vulgo, sino también en la clase médica, y aún nos atreveríamos á afirmar en las convicciones de algunos mentalistas, de que los beneficios de una medicación racional se estrellan ante el inconmovible muro de la locura.

Este funesto error es en nuestra opinión el causante de que no pocas enajenaciones mentales continúen envueltas entre las negruras de la sinrazón, al no quedar sometidas á la medicación física y moral, demandada por la condicional etiológica, sintomática ó patogénica de la psicopatía.

El caso que á continuación exponemos, demuestra bien á las claras lo quimérico é infundado de semejante prevención contra la terapéutica psiquiátrica. Una afección mental con el sello de la herencia degenerativa y que contaba tres años y medio de antigüedad, ha curado después de tres meses de medicación activa. Ante un hecho clínico de esta naturaleza, huelgan todas las consideraciones ú observaciones que pudiéramos añadir, y por lo tanto, nos limitaremos á exponer sumariamente el historial clínico.

A. V., de treinta años, casada y natural de Sevilla, ingresó en este manicomio el 1.° de agosto de 1900.

En sus ascendientes existen dos casos de locura en la línea mater-

na, y en sus descendientes aparece comprobada la herencia vesánica, con dos casos de meningitis presentados en los hijos de nuestra enferma y dos casos de estrabismo en otros dos.

En julio de 1897 dió á luz una niña y á los pocos días del parto se declaró una fiebre puerperal. La vida de la enferma estuvo seriamente amenazada, y gracias á la pericia y desvelos de los doctores Cospedal Tomé y Salcedo, encargados de la asistencia facultativa, lograron librarla de una muerte segura; pero no del eclipse de su inteligencia.

Cuando la fiebre puerperal empezó á ceder, la razón mostróse cada día más perturbada y exaltada, constituyendo ya un verdadero estado de confusión mental, la primera vez que vimos á A. V. en consulta con el eminente tocólogo y el ilustre higienista antes citados.

La depauperación orgánica era tan extremada, la protesta sistemática del estómago á retener cualquier alimento había llegado á tan acentuado grado, y la aniquilación de las fuerzas físicas era tan imponente al encargarnos de la asistencia de esta enferma, que consideramos deber imperioso el prescindir del síndrome de confusión mental entonces presentado, y atender de modo preferente á levantar el vigor orgánico general, ya que en aquel momento ni aun toleraba los enemas de sangre desfibrinada con que se la alimentaba, y de continuar esta desfavorable situación la muerte no tardaría en presentarse, aun contando con esa resistencia extraordinaria contra la abstinencia, tan frecuente entre neurópatas y psicópatas.

Dispusimos, como primera medida, sacarla de Madrid y trasladarla á un hotel de un pueblo próximo, para que el aire oxigenado del campo, el cambio de medio y las atenciones de la familia contribuyesen al restablecimiento de las energías físicas anuladas.

No aconsejamos en estas condiciones la reclusión en un manicomio ó casa de salud, por considerar tal medida perjudicial y atentatoria á la vida de la enferma, ya que el aislamiento tenía forzosamente que acentuar la sitofobia y, por lo tanto, disminuir las probabilidades de sostener la vida.

Las ventajas del traslado á la quinta de campo se comprobaron al primer día, logrando que la enferma tomase voluntariamente unos caldos y leche. Pocos meses dèspués quedó restablecida físicamente y entonces planteamos la medicación psiquiátrica.

Consideramos innecesario extendernos en la exposición del diario clínico y la medicación empleada en el espacio de cerca de dos años

que permaneció en esta finca, porque semejante intento había de dar demasiada amplitud á este trabajo, sin reportar ninguna enseñanza clínica importante. Unicamente consignaremos que el 21 de enero del 98 tuvo un período de lucidez de catorce horas de duración; en octubre del mismo año otro período de lucidez que duró cinco días, y que en agosto del 99, viendo que la enferma se imponía á la familia y criados, haciendo imposible el cumplimiento regular de toda medicación y régimen curativo, aconsejamos su reclusión en un manicomio, convencidos de que la reglamentación, tan obligada en estos establecimientos, de todos los actos impuestos á los enajenados, había de contribuir poderosamente á la curación de su enfermedad mental, y en su consecuencia, fué trasladada é ingresada en el Manicomio de Ciempozuelos.

En las varias visitas que de cuando en cuando hacíamos á nuestra enferma, pudimos convencernos del curso de su afección mental, del cariño y abnegación con que la trataban las Hermanas de la Caridad y del vivísimo interés científico que despertó al médico-director de dicho establecimiento, el reputado alienista Dr. Rodrigo.

Durante un año que continuó A. V. en el Manicomio de Ciempozuelos, siguió la afección mental la misma marcha, dominando los accesos maníacos, con obsesiones impulsivas, y en abril de 1900 sobrevino un nuevo período de lucidez mental de trece días de duración, para continuar después con el mismo estado de exaltación maníaca.

El 1.° de agosto último fué trasladada la enferma por su marido á este Manicomio; pero, como entonces este establecimiento no tenía hecha su habilitación, ni terminado su departamento hidroterápico y demás dependencias auxiliares, no pudimos instituir un tratamiento curativo, porque además hasta carecíamos entonces de personal idóneo y apropiado.

A su ingreso, y en los días sucesivos, se presentó A. V. con estado de exaltación maníaca pronunciado, sin ideas ó concepciones delirantes de un orden determinado, con accesos impulsivos agresivos, durante los cuales dominaba la coprolalia, con desorden y agitación en los movimientos, exagerado insomnio y regularidad en la función menstrual.

A pesar de la violencia de los accesos agresivos, nunca hubo necesidad de sujetar á la enferma, y aunque alguna enfermera lo intentara, no lo habría conseguido, porque en este Manicomio se ha impuesto el *non restrain* en todo su rigor, y existiendo hoy 125 ena-

jenados, no cuenta con una camisa de fuerza, ni un cinturón, maniota, grilletes y otros medios de tortura de los alienados, por considerarlos perjudiciales y contraproducentes en la terapéutica mental.

En estas condiciones, el tratamiento planteado había de ser incompleto. La dispusimos la alimentación láctea, el glicero fosfato de cal, el sulfonal y los baños de mar. De éstos tomó 27, de cincuenta minutos de duración cada uno, y es indudable que el vigoroso y potente oleaje del Cantábrico logró sedar algo su sistema nervioso, porque quedó la enferma algo más tranquila y sumisa, si bien el insomnio no desapareció por completo.

El 26 de septiembre se nos presentó la sitofobia, tan acentuada, que no tuvimos más remedio que sondar esofágicamente á la enferma por espacio de unos ocho días, á fin de alimentarla.

En octubre la dispusimos el encamamiento y el trapo mojado, logrando con este procedimiento terapéutico una mayor tranquilidad física y mental, y mejor sueño; pero al mes de instituído éste, tuvimos que renunciar á él porque la desnutrición orgánica se marcaba algo y empezaba á iniciarse la anorexia, precursora de la sitofobia.

En noviembre la prescribimos, además de la alimentación láctea, el trional, la pilocarpina y una ducha diaria de treinta segundos por espacio de diez días.

Con el anterior tratamiento, continuado sin interrupción hasta fin del año último, obtuvimos en diciembre una tranquilidad y mejoría tan evidentes, que á mediados de este mes acudía A. V. al salón de costura y obedecía y cumplía sumisa las labores que le recomendaba la Hermana de la Caridad encargada.

Desde este momento fué acentuándose cada vez más la mejoría, y en primeros de enero último era tan satisfactorio su estado mental, que bien hubiéramos podido darla el alta curativa; sin embargo, la retuvimos á nuestro lado hasta mediados de febrero, con el objeto de afirmar más la curación, y en esta época regresó restablecida por completo con su marido á Madrid, para consagrarse de lleno á la vida de familia.

A los dos días de llegar A. V. á su casa, enfermaron gravemente de sarampión sus dos hijas y estuvieron ocho días deshauciadas de los médicos al presentarse la bronco-pneumonía consecutiva; se encontró sin la hija que más quería, por haber muerto durante su enfermedad mental, y en estos mismos días falleció repentinamente un sobrino carnal suyo. A pesar de la enormidad de estas impresiones

deprimentes, capaces por sí solas de volcar una razón algo quebrantada, de las privaciones y desvelos á que estuvo sujeta durante veinte días, se conservó íntegro su vigor mental y no socavaron en lo más mínimo la curación recién obtenida.

Al apuntar los anteriores datos, obedecemos sólo al deseo de patentizar claramente la solidez de esta reintegración mental.

Como deducción de esta observación clínica, hemos de consignar la enseñanza final que de ella se desprende: Si esta enferma ha curado, ha sido principalmente, además del efecto de la medicación, por no haber empleado ningún medio de represión, porque la clínica psicopática nos ha demostrado que á todos los enajenados, y á nadie mejor que al maníaco, puede aplicársele la sentencia de Salomón: los tratamientos violentos excitan el furor, los suaves y benévolos quebrantan la cólera.

CIRUGÍA DEL RECTO

POR EL DOCTOR

DON RAMÓN MARTÍN GIL

Director del Hospital *Noble*, de Málaga.

(Continuación).

CUERPOS EXTRAÑOS EN EL RECTO

Si gran variedad existe en las causas de heridas del recto, mucho mayor es la de los cuerpos extraños que se han encontrado en él: la multitud de los introducidos por el ano, los que llegan al recto deglutidos por el enfermo y los producidos en el organismo mismo — coprolitos y grandes cálculos biliares — es considerable. Desde el rabo de un cerdo, tantas veces referido, y por primera vez narrado por Marchetti, por más que yo juzgo todavía más raro el partepiñones que otro cirujano español encontró en el recto, hasta la botella de 19 cent. de largo (Desormeaux), el frasco de agua de Colonia de 28 cent. (Velpeau), un palo de 32 cent. de largo (Laure, de Lyon), las dos manos de mortero, que un mismo individuo se metió en épocas diferentes, la primera maza de 30 centímetros de larga y la segunda de 52, que le produjo la muerte (Montarini), los trozos de madera, guijarros, botes de conservas, vasos de cerveza, tenedores, cuchillos, caracoles, pastillas de jabón, tapones, carretes, un

bastón de junco, una lanzadera de tejedor, etc., etc. Todo ha tratado la gente perversa de meterlo por el recto, los unos por hacer daño, los otros con el más pervertido instinto lascivo, ya introduciéndoselos ellos mismos, ya en actos de pederastia, y en los más bajo sentimiento de algunas bacanales, que más que hombres han parecido bestias, por tan repugnante estado de degradación.

De los cuerpos extraños venidos del intestino procedentes de la ingestión, también se cuentan los casos más raros, algunos de ellos inconcebibles, y aceptados para mí solamente como una simple narración. Tal es el de un cuchillo, que después de atravesar los 9 metros 60 centímetros de intestino, que por término medio tiene el hombre, vino á clavarse en el recto; ó el tenedor aquel que permaneció en el recto quince meses, después de recorrer todo el intestino (Legendre). Los cuerpos extraños más comunes son monedas y alhajas que algunos se tragan, quién sabe si más bien que para demostrar la permeabilidad de su intestino, para ver si adquieren *derecho de propiedad.* Se cuentan casos de dentaduras postizas parciales, de un ojo artificial (Esmarch), clavos, tornillos, alfileres, trozos de cristal, huesos de aves, de carnero, espinas de pescado y el botón de Murphy, empleado en las enterostomías.

Los cuerpos extraños alojados en el recto producen un gran dolor y malestar general. El dolor en el sacro (*backache*), propio de las enfermedades de este órgano, tan bien descrito por Harding Freeland (1), es en estos casos donde se presenta con gran intensidad.

Unas veces los enfermos aquejan obstrucciones, otras diarreas sépticas de un hedor insoportable, y en algunas ocasiones presentan flujos sanguinolentos y hasta hemorragias.

El diagnóstico no siempre se debe fundar en los síntomas subjetivos, sino que el cirujano hará el tacto rectal, y entonces podrá ser que se evidencie la verdadera enfermedad.

Todavía, cuando los cuerpos extraños no estén al alcance de los dedos, será útil en algunas ocasiones aplicar los rayos X, que evidenciarán el diagnóstico colocando el *cliché* sobre el sacro, y con un tubo bueno y una chispa de 30 centímetros, si el cuerpo extraño es metálico, un cálculo biliar, un guijarro ó un hueso de animal, podrá revelarse en la placa negativa, ya que hasta ahora sea muy difícil y casi siempre imposible que el ojo del observador aprecie estos cuerpos extraños en el abdomen.

(1) *On backache as a sintom of rectal Disordes. Lancet*, 21 abril 1900.

En los casos de coprostasia son de excelente resultado los grandes enemas de agua caliente con cloruro de sodio y glicerina. También sirven los de aceite de oliva templado, y los óvulos de glicerina.

Cuando el recto esté vacío de las materias duras alojadas en él, convendrá administrar al enfermo algún purgante de aceite de ricino, porque desde luego la coprostasia seguirá hasta la S ilíaca y algunas veces hasta el colon.

Todos los médicos que llevan algunos años de práctica podrán recordar casos de éstos, principalmente en las mujeres, que son más dadas á paresias del recto, las cuales han evacuado cantidades inverosímiles de substancias excrementicias.

Nunca se deberán emplear los enemas puestos con sondas largas, que algunos pretenden para atravesar estas concreciones excrementicias. La mucosa, de suyo mal tratada, puede erosionarse y ser la puerta de entrada de la infección. Si á pesar de los medios empleados no se consiguiera vaciar el recto, se usarán las cucharillas romas de litotomía, y mejor aún los dedos, que vaciado un número de coprolitos, y continuando con los enemas expresados, bien pronto saldrá todo el contenido intestinal.

Los cuerpos extraños, si son poco voluminosos, pueden extraerse fácilmente cuando están al alcance de los dedos, pero si se encuentran más altos ó son de grandes dimensiones, se anestesiará el enfermo y se dilatará el ano hasta meter los dedos ó la mano. Muchas veces se introduce con la mano derecha una pinza de boca ancha, la de Cheron, por ejemplo, ó una de litotomía, y guiada con los dedos de la mano izquierda introducidos en el recto, se puede coger el cuerpo extraño y sacarlo al exterior con los mayores cuidados para no producir herida.

Si todavía no se consiguiera extraerlo, se practicará la rectotomía, excindiendo el ano y el recto en sentido de su eje, hacia el lado del coxis y el sacro, para dejar mayor espacio, facilitando la salida del cuerpo extraño.

FISURA DEL ANO

El síntoma patognomónico de esta enfermedad puede decirse que es el dolor, que algunas veces llega á ser intolerable, y los enfermos se ven presa de un estado moral, como el que sea capaz de producir la más grave enfermedad.

En los individuos sifilíticos, los que llevan vida sedentaria y los que no usan una limpieza escrupulosa del ano, es frecuente obser-

var estas fisuras. No es atributo de ninguna edad; lo mismo la padecen los niños que los viejos, sin embargo, que en los adultos es donde más se encuentra, y todavía es más frecuente que la sufran la mujer que el hombre.

Las erosiones del recto, la pediatría y la coprostasia habitual, son causas abonadas para padecer la fisura del ano.

El vivo dolor después de las deposiciones hace á los enfermos frecuentemente infelices, los deja incapacitados de todo movimiento y llega á producirles neuralgias crurales, del periné y ciáticas.

El enfermo generalmente no se deja reconocer, porque el contacto del dedo ó el movimiento del esfínter le exacerba el dolor. A menudo recaen estas fisuras en individuos nerviosos, impacientes, y cuando es una histérica la que la sufre, son dignas de escuchar las descripciones de sus sufrimientos y lo extraño de los fenómenos que dicen sentir, para demostrarnos lo grave de su mal, donde han «fallado los tratamientos más reputados».

La sangre que algunas veces mancha los excrementos, el moco que sale con las deposiciones y los fenómenos que en otras ocasiones se presentan en las micciones, son causa de que los enfermos no se avengan con el diagnóstico de fisuras de ano y crean que padecen una más grave enfermedad.

Pero el cirujano reconocerá la región, acostando el enfermo del lado derecho, haciéndole levantar con su mano la nalga izquierda y obligándole á impulsar el ano hacia afuera. La mayoría de las veces se verá el extremo inferior de la úlcera alargada, de fondo rojo, si es reciente, y de color gris, los bordes duros y con un mamelón en el extremo inferior, excrecencias ó granulaciones poliposas alrededor, si es de época antigua.

Si tuviera el cirujano que tocar la fisura ó introducir el índice en el ano, convendrá que haga previamente una aplicación de cocaína durante cinco ó seis minutos, y generalmente el enfermo tolerará la exploración; mas si todavía siguiera sintiendo un vivo dolor y no se dejara reconocer, se deberá practicar una anestesia general, y con el especulum de ano hacer un acabado diagnóstico.

Si los tratamientos farmacológicos que se hayan empleado antes —algunos de ellos son muy eficaces—no hubieran dado resultado, el cirujano aconsejará la operación, como medio eficaz de curarse.

Dos procedimientos se emplean con gran resultado: el uno, la división del esfínter, ideado por Boyer, y el otro, la dilatación forzada del músculo, inventada por Recamier.

Estos procedimientos han sufrido modificaciones considerables: unos no hacen la incisión profunda, Copland y Brodie; otros emplean la transfixión, Syme, M. Pick, J. Guérin, Blandin, Demarquay. En la dilatacion forzada, unos introducen un especulum uterino, para hacer una dilatación lenta y continuada por treinta ó cuarenta y cinco minutos, Valette, Desgranges y D. Mollière; otros meten en el ano los dos pulgares y hacen solamente tracciones laterales, hasta que los dedos toquen los isquiones, Nelaton, W. van Buren y Dolveau; quiénes introducen los índices, y hacen dilataciones en varios sentidos, Gosselin, Richet, Courty, Nicaise, Quenu, y otros, por último, que excinden solamente la fisura, como Jober de Lamballe.

A tratar de los procedimientos más eficaces y de menos exposición hemos de concretarnos, y empezaremos por el de la incisión del esfínter del ano.

Previamente se le habrá lavado al enfermo la región del periné y se le vaciará el recto con enemas calientes de cloruro de sodio. Si ha habido tiempo, se le habrá administrado un purgante salino el día anterior á la operación, para mantener el recto cuatro ó cinco días sin obrar.

Anestesiado el enfermo con A. C. y E., se coloca en la posición de talla perineal, se le introduce un especulum de ano y se examina cuidadosamente el sitio de la fisura, que algunas veces es una úlcera grande y dura, de fondo grisáceo. Con un escalpelo de hoja convexa, largo y fuerte, se incinde la fisura por una de las escotaduras del espéculum, profundizando hasta cortar algunas fibras del esfínter. Si la úlcera tiene el fondo y los bordes duros, se raspan con una cucharilla ó se excinden con unas tijeras curvas. Lo mismo, si existe algún mamelón por fuera, granulaciones ó una hemorroides, se cortan con las tijeras. Algunas veces se ve entonces una fístula completa ó interna, que debe operarse también.

La incisión de la fisura debe sobrepasar los bordes de ésta y ha de profundizar cosa de un centímetro ó algo más.

Se lava bien el fondo de la herida, se cauteriza con cloruro de zinc y se coloca en el fondo una mecha de gasa iodofórmica.

La operación es tan sencilla, que generalmente los enfermos no tienen que guardar cama. Basta con que permanezcan echados en un sofá, y á los pocos días andarán sin gran dolor ni dificultad.

El tratamiento post-operatorio consiste en lavados con ácido bórico cada veinticuatro horas, después que obren los enfermos, para lo cual se les administrará antes un enema. La mecha de

gasa no se les dejará de aplicar mientras tenga algún fondo la herida.

El procedimiento de la dilatación es el que más se sigue en Francia y España. Consiste en introducir los dedos índices untados de vaselina bórica y dilatar fuertemente el esfínter en todas direcciones. Para esta operación también debe anestesiarse el enfermo.

El esfínter, muy duro al principio, irá perdiendo su constricción, y cuando el cirujano pueda meter sus dos dedos pulgares, seguirá practicando dilataciones hasta que consiga ensanchar el ano unos 4 centímetros.

Esta operación se hace lentamente, de modo que resulte un *massage* de los músculos, invirtiendo de seis á diez minutos. No suele producirse hemorragia por este procedimiento, pero al día siguiente se aprecia una gran extravasación, que dura una semana ó más. Está desposeída de peligros, porque parece que no produce dislaceración del esfínter, solamente la atonía refleja del músculo.

No obstante estas ventajas que parece preconizan la dilatación forzada, es lo cierto que la mayor parte de los cirujanos de Europa y América siguen el procedimiento de la incisión, que está menos expuesto á recidivas.

(Continuará).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

La triquinosis en Murcia. Memoria é informe presentados al excelentísimo señor Ministro de la Gobernación por los Sres. D. Dalmacio García é Izcara y D. Antonio Mendoza. — Madrid, 1901.

La aparición de esta enfermedad en Murcia ha dado ocasión para que los Sres. García é Izcara y Mendoza hayan publicado un interesante trabajo, en el cual puede decirse se consigna cuanto de interesante hay en esta materia.

Las dos Memorias son, por extremo, de gran valor científico. La de D. Dalmacio García, en la cual hay capítulos como el relativo al estudio de la triquinosis en general, describiendo su historia, el parásito en todas sus fases, con detalles de gran valor para el diagnós-

tico, así como en la descripción especial de la triquinosis en el cerdo, que trata con toda la extensión posible, principalmente en cuanto se refiere al diagnóstico, como base de la profilaxis, que desenvuelve analizando todos los procedimientos convenientes para evitar la propagación; y por lo que á Murcia se refiere en aquella ocasión, propone remedios de utilidad inmediata, nacidos en dicha epidemia.

No tienen menor mérito las páginas que á este asunto dedica el Sr. Mendoza, deteniéndose principalmente á estudiar cómo se produce la infección y los medios de evitar la propagación de esta enfermedad.

Puede decirse que no se ha perdido para la ciencia ocasión tan oportuna como la presentación de la triquinosis en Murcia, pues el trabajo de que nos ocupamos es una página brillante en el movimiento de avance que en esta clase de enfermedades se va notando, y demuestra una vez más la comunidad de ideas que en algunas cuestiones científicas tienen ciencias como la Veterinaria y la Medicina, que ahora más que nunca, con los estudios modernos de etiología, sobre todo en las enfermedades contagiosas, se disputan en el campo de la investigación el trabajo para hacer progresar las ciencias naturales.

Trabajos de esta índole merecen el aplauso de la clase médica y de la sociedad, que de él saca gran provecho para garantirse del contagio de la triquinosis si los consejos que proponen sus autores son atendidos como se merecen por los Poderes públicos.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 6 *de Mayo de* 1901.

Tratamiento quirúrgico de la apendicitis. — El Dr. Bravo (D. J.): Se va haciendo crónica la discusión de la apendicitis y voy á terminar en esta sesión, aunque sea reduciendo algo los argumentos y condensando la argumentación en conjunto, puesto que casi no se han visto en la discusión más que dos grupos: los intervencionistas y los no intervencionistas.

Es cierto que algunas veces la apendicitis se manifiesta con síntomas tan vagos, que puede ser de una verdadera dificultad el diagnóstico. Sin embar-

go, esos casos difíciles son á mi modo de ver los más ligeros, aquellos en que no se enciende la fiebre; pero el ataque verdadero se traduce por síntomas tan claros, tan verdaderos, que no me parece difícil reconocerle. Lo difícil, en mi opinión, es saber si se va á tratar de una apendicitis grave mortal rápidamente, ó de otra menos grave, ó de una peritonitis enquistada.

Ya sé yo que la discordancia entre el pulso y la temperatura, la cara especial que el enfermo presenta, pueden ser un guía en ciertas ocasiones para el pronóstico, pero no son datos seguros puesto que con pulso y temperatura concordantes y sin facies abdominal, la apendicitis cambia de manera de ser y la que parecía que marchaba á la curación, termina de una manera fatal.

¿Cómo hemos de ajustar nuestra conducta á un dato único si hay diversidad de formas clínicas? Por eso no es tan grande el campo que nos separa á los intervencionistas y á los no intervencionistas, puesto que estos últimos nos han dicho que en la forma infecciosa grave se debe intervenir siempre, lo mismo que en las formas supuradas. En la forma de peritonitis circunscrita con foco purulento, también se debe intervenir; de modo que sólo para la forma benigna están disconformes con nosotros. Es más; los abstencionistas creen que se debe intervenir en la forma ligera cuando es de repetición y en lo que diferimos es en la época de la intervención, pues ellos creen que debe hacerse en frío y nosotros en cuanto se diagnostique.

En realidad no se puede oponer argumentación seria y formal á los que quieren que se opere en frío. Todo se inclina hoy á demostrar que esta clase de operaciones, dan mejor resultado que las que se hacen en el período agudo. Pero cuando se está desarrollando ¿quién nos dice si va á venir el enfriamiento ó la peritonitis ó la perforación? Y aparte de las opiniones de todos los cirujanos que han intervenido en estas cuestiones, mi experiencia personal me induce á creer que no se enfrían esos ataques de apendicitis aguda. He tropezado con casos en los que ha ido en aumento la agudeza; he hablado con un cirujano que ha operado muchas apendicitis en Madrid y me ha dicho que tampoco ha visto enfriarse ninguna. Sin embargo, autores extranjeros afirman lo contrario, y creo que ha de influir en ello la nacionalidad, porque en los países fríos las gentes, por su modo de vivir y de comer más higiénico el uno y más nutritivo el otro que en España, tienen más resistencia, por eso el organismo se defiende bien, en tanto que aquí lo hace muy mal. Esto casi me explica que yo no haya encontrado casos de apendicitis que se enfríen.

Tenemos que partir de la forma aguda, corriente, de una intensidad mediana, puesto que por lo que respeta á las demás formas, todos están de acuerdo en que hay que intervenir y creo que ha de ser este al fin y al cabo el criterio predominante; quiero decir que se establecerá para la apendicitis un criterio igual al de la hernia estrangulada, y debo recordar que con esta ocurría antes lo mismo que hoy ocurre con aquélla: había quien decía que era preciso insistir en la taxis antes de llegar á la operación, por lo que operaban tarde y en malas condiciones, y los que en aquella época querían avanzar y prescindían de la taxis, encontraban obstáculos en los demás cirujanos; hoy, sin embargo, no hay quien discuta la necesidad de la intervención inmediata.

Ya dije en la sesión pasada que no creía que los casos excepcionales pudieran ser base de ningún criterio de tratamiento. Por lo que respecta al tratamiento médico, ya expresé que no me inspira confianza. Se me argumentará que hay una porción de tratamientos médicos, que no pueden inspirar mayor confianza que el de la apendicitis : es cierto, y en los casos en que no contemos con otros medios, tenemos que someternos á ellos, pero habiendo un tratamiento quirúrgico que nos ayude á salvar al enfermo, á él debemos recurrir. A mí no me sorprende la opinión de los que cultivan la medicina, no me extraña que se opongan á la operación ; lo que sí me extraña es que algunos cirujanos hayan puesto tantos reparos á la intervención como si se tratara de defender al enfermo de un grave riesgo, de una operación peligrosísima. Yo estoy harto de practicar exploraciones en la cavidad abdominal sin que ocurra ningún percance, y como aquí se trata de una laparotomía que, bien hecha, no puede perjudicar á los enfermos ¿por qué nos hemos de oponer? Debemos tener fé en nuestro arte y yo la tengo tan grande, que si de mí se tratara ó de un individuo de mi familia, no vacilaría en someterme al tratamiento. Aquí mismo, en la Academia, tenemos algunos compañeros, casos vivientes de apendicitis curadas por la operación.

Comparaba el Dr. Guedea la apendicitis con la salpingitis y decía, que así como en ésta el criterio había sido eminentemente intervencionista y ahora ocurría lo contrario, esperaba que en la apendicitis sucedería lo mismo. Los casos no son análogos, porque la intervención en la salpingitis era destruir todo el aparato generador de la mujer y en la apendicitis no ocurre esto, puesto que el apéndice, al parecer, no tiene influencia en la vida ya que suprimido totalmente, en muchos casos los sujetos viven perfectamente.

Otro de los argumentos del Dr. Guedea, era el de que muchas veces en las apendicitis, aun quitando el apéndice, no tenemos seguridad de quitar todo lo enfermo y que, por lo tanto, puede continuar el proceso en el ciego ó en otra parte. Este criterio, este argumento carece de valor porque se han encontrado lesiones del apéndice con lesiones del ciego, pero no de éste sin lesión de apéndice ; de modo que lo que puede existir en éste son lesiones consecutivas á las apendicitis, pero nunca lesión primitiva de otra parte que luego se propague al apéndice.

En la fiebre tifoidea sabemos que todos los paquetes intestinales sufren trastornos que en muchas ocasiones traen la perforación del intestino y la indicación de intervenir, de limpiar el foco ó la cavidad según esté enquistada ó no lo esté : en estos casos es evidente que no quitamos todas las lesiones, puesto que quedan enorme número de placas que pueden ulcerarse, pero no por eso vamos á dejar de intervenir en la perforación, quitando el foco habremos llenado una indicación vital en muchas ocasiones.

Por último, una observación al Dr. Guedea ; es la que se refiere á considerar peligrosa en la cátedra, la exposición de la teoría intervencionista á todo trance. No tengo, ni pretendo tener la experiencia docente de S. S., pero creo que á los alumnos se debe enseñar lo que se cree verdad y exagerar la nota del valor en la intervención, pues es un hecho observado que la mayor parte de los alumnos que van á los pueblos tienen un miedo horroroso al bisturí, y como luego la práctica y la experiencia les quitará parte de ese

valor, desde el primer momento conviene hacerles creer en la necesidad de intervenir.

El Dr. Carrillo nos dió también la nota intervencionista, pero limitándose á las apendicitis de las embarazadas : yo creo, como él, que se debe operar.

De modo que, en conjunto, yo insisto en mi argumentación. Creo que el tratamiento médico de la apendicitis es muy limitado y no debe merecernos confianza ; que tenemos un medio cuya gravedad debe reducirse á cero y que nos hará salvar muchas vidas : este medio es la intervención.

Sobre el vértigo estomacal — El Dr. Valle y Aldabalde : A pesar de la relativa frecuencia con que se observa el vértigo estomacal, se presenta este accidente en algunos casos con caracteres que pueden hacer dudar del diagnóstico, y, sobre todo, de la terapéutica más conveniente para combatirlos. Creo preferible dar á conocer dos casos que por lo mismo que presentan ciertas diferencias, pueden servir de tipo hasta cierto punto, y hacer con motivo de su historia las consideraciones que de otro modo habría de exponer con carácter más general, pero quizá menos práctico.

El primer caso se refiere á una joven de veintidos años, la cual tiene como antecedente de familia que su padre, que abusaba de los placeres de la mesa, después de padecer por mucho tiempo de una dispepsia gastro-intestinal, falleció á consecuencia de un padecimiento abdominal, pero cuyo diagnóstico exacto no fué posible establecer. La enferma en cuestión viene sufriendo una dispepsia de forma flatulenta que la molesta en extremo, acompañada de una especie de mareo que se acentúa á temporadas y que en alguna ocasión se acentuó hasta revestir la forma de un ataque de vértigo, con pérdida de conocimiento y algunos movimientos convulsivos. No existiendo antecedentes epilépticos y habiéndose desarrollado el ataque sobre la base de las perturbaciones digestivas agravadas transitoriamente, creí que se trataba de un vértigo estomacal, por más que no lo había observado nunca en esta forma, ni tenía conocimiento de ella por la literatura respectiva.

Es de advertir que esta joven es también algo histérica, y así se comprende mejor que el vértigo revistiera una forma algo anormal. El tratamiento ha venido á confirmar la doble naturaleza de los accidentes : gastro-intestinal como origen del reflejo é histérica en cuanto á la manera especial de manifestarse dicho reflejo. En efecto, una vez tratada la dispepsia con los medios adecuados y prestada la atención al estado general y en especial al sistema nervioso, con un ejercicio moderado al aire libre y el empleo de la electricidad estática, se fué restableciendo la normalidad : los vértigos ya no presentaron la forma convulsiva, después desaparecieron por completo y últimamente se curó el estado de dispepsia.

En el segundo caso se trata de una señora de unos cincuenta y tantos años, la cual antes de la época de la menopausia, padecía de diarreas frecuentes que venían á ser una válvula de seguridad que alejaba los peligros á que se exponía esta enferma, con su afición desmedida á los placeres de la mesa. Pero una vez cesadas las reglas, cesaron también las diarreas, y hasta se presentó estreñimiento coincidiendo con esto cierta dificultad en las digestiones, y un estado de mareo casi continuo que nunca ha llegado á producir la pérdida de conocimiento, pero que en muchas ocasiones, impide á la enferma dar un sólo paso y la obliga á sentarse.

También esta enferma es algo histérica, como lo confirma el hecho de que algún ataque de vértigo que he tenido ocasión de presenciar, recuerda algo el principio de un ataque de histerismo. El tratamiento fué análogo al del caso anterior y se encaminó á modificar el fondo neurósico, apelando á los medios ya mencionados y en el tratamiento del estado dispépsico que en este caso consistió principalmente en atender á regularizar la función ventral. El éxito que aunque relativo se ha obtenido hasta ahora, confirma que también en este caso el vértigo estomacal tenía un doble origen.

Esta clase de enfermas tienen su salud en equilibrio inestable por dos motivos: uno que no está en su mano remover y es el fondo histérico de su organismo que no desaparece nunca aunque sea posible mitigar sus manifestaciones; el otro es la poca constancia con que se sugetan á la regularización de un régimen dietético, pues generalmente tan pronto como se hallan mejor de sus síntomas vertiginosos, olvidan las prescripciones con que habían conseguido verse libres de tales accidentes.—Dr. Eduardo Toledo.

PERIÓDICOS

Tratamiento combinado de la pústula maligna. — En el *Boletín del Colegio de Médicos*, de la provincia de Alava, publica D. Luis Collado Martialay el caso clínico referente á Angel Cebada, de treinta y un años de edad, natural de Aras (Navarra), de estado casado y pastor de profesión.

El día 13 de agosto del año pasado se le murió una res de las que cuidaba, y estando despelletándola le saltó una gota de sangre á la mejilla derecha, no cuidando de limpiársela hasta por la noche al regreso á su casa; así transcurrieron cinco días sin notar absolutamente nada de particular, hasta que al cabo de esta fecha observó que se le formaba un granito y que le producía algo de picazón y se le hinchaba la cara, pero no dándole importancia, se tapó con un pañuelo y marchó al campo, notando que cada vez se le aumentaba la inflamación, la comezón y que le producía algo de dolor de cabeza, por cuyo motivo le obligó á rascarse hasta arrancarse el grano, de donde salieron algunas gotas de sangre, y así transcurrió todo aquel día y la noche hasta que por la mañana del día 19 del mismo mes le encontró el Dr. Collado en decúbito supino, con la cara sumamente edematosa y encendida, sin poder abrir los ojos á consecuencia del edema. En la región maxilar superior derecha, y ya en los límites de la región del pómulo del mismo lado, se observaba una mancha de color rojo obscuro, bastante indurada, poco móvil y circunscrita, que ocupaba una extensión de 3 centímetros de ancha por 4 de larga; alrededor de esta mancha se apreciaba perfectamente como una corona de vesículas trasparentes, que es lo que los autores llaman aureola vesicular de Chaussier y que la hacen patognomónica de esta clase de lesiones; el edema es enorme, pues ocupa toda la cara en ambos lados, sube por el cuero cabelludo hasta la región parietal, invade toda la parte anterior del cuello y llega hasta el borde inferior del pectoral mayor derecho, hay gran postración y ligero delirio; el termómetro marca á las nueve de

la mañana, hora de la observación, 40°,8, el pulso es pequeño, filiforme y frecuente, 120 pulsaciones por minuto, la respiración muy frecuente y poco amplia, 43 por minuto.

En vista de este cuadro sintomático tan alarmante, y convencido de que no se debía perder el tiempo, inmediatamente con el termo-cauterio hizo aplicaciones repetidas en todos los puntos de la pústula hasta convencerse de que había traspasado los límites da la escara; seguidamente con el bisturí practicó cinco incisiones en cruz, una en cada extremo y otra muy profunda en el centro, y en cada una de ellas depositó tres gotas de la siguiente preparación: de bicloruro de mercurio y ácido sulfúrico químicamente puro á partes iguales de peso, é inmediatamente puso en toda la aureola de Chaussier dos inyecciones con la jeringuilla de Pravaz de una disolución de iodo al 2 por 100; después de practicados estos actos operatorios, espolvoreó toda la superficie cruenta con iodoformo y la recubrió con gasa y algodón hidrófilo, y se le administró como tratamiento los tónicos á base de quinina y los alcohólicos.

En este día la temperatura á las cuatro de la tarde era de 40°,7, el pulso 119 y la respiración 42 por minuto, pero el delirio era más intenso, por cuyo motivo repitió la operación en los mismos términos que por la mañana.

Día 20.—A las ocho de la mañana tenía 40°,4, 110 pulsaciones y 40 inspiraciones, y por la tarde, á las siete, 39°,8, 105 pulsaciones y 37 inspiraciones, habiendo cedido algo el edema y el delirio.

Día 21.—A las ocho dé la mañana tenía 39°,4, 95 pulsaciones y 30 inspiraciones, y por la tarde 39°,1, 90 pulsaciones y 27 inspiraciones, siendo éstas mucho más profundas y el pulso más lleno y duro, y cesando por completo los síntomas cerebrales y disminuyendo considerablemente el edema, administrándole los mismos tónicos y caldo y leche. A partir de esta fecha, disminuyeron hasta desaparecer todos los síntomas, por cuyo motivo procedió á levantar la escara el día 27 del mismo mes, lo que se efectuó con suma facilidad, no teniendo que hacer más que la ligadura de una pequeña arteriola; después de esto se le sometió á la cura antiséptica, con cuyo tratamiento y sin ninguna complicación fué cicatrizando por segunda intención, dándole el alta el 21 de septiembre del mismo año.

Reflexiones clínicas.—A bastantes se puede prestar el presente caso: 1.°, por los muchos días que tardó en desarrollarse el bacillus anthracis de Pasteur, causa ocasional de estas lesiones, si se compara con lo que la generalidad de los autores afirman de que no tarda en su incubación más que dos ó á lo sumo tres días, y en el presente caso ha tardado seis; 2.°, por su grado de virulencia comparado con otros casos que ha tenido ocasión de observar: de estos dos extremos se puede sacar la siguiente consecuencia, en contraposición de las leyes que rigen en bacteriología, cual es la de que el bacillus anthracis de Pasteur es tanto más virulento cuanto más lenta es su incubación; y 3.°, que el tratamiento combinado, tanto en estos casos como en otros muchos que ha podido comprobar, le ha dado siempre buen resultado.

El vejigatorio en la pulmonía.—En el *Boletín del Colegio Médico*, del Ferrol, publica D. Cándido Porto sus opiniones acerca de este asunto, y después

de consignar datos históricos de interés relativos al uso de la sangría y del vejigatorio, dice:

«En nuestra modesta práctica, ejercida durante más de veinte años en el campo, donde es frecuentísima la pulmonía, hemos podido convencernos de que las que llevan una evolución normal, y son la mayoría de los casos, curan perfectamente, sin necesidad del vejigatorio, el cual no hace más que aumentar las molestias del enfermo; en cambio, todos los que hemos visto morirse á consecuencia de esta enfermedad, llevaban extensas y á veces múltiples superficies del dermis al descubierto, producidas por el vejigatorio, sin que por esto pretendamos hacerle justiciable de esta terminación funesta; pero hay que conceder al menos que han sido completamente inútiles.

El vejigatorio produce fiebre ó la aumenta si ya existe. A este propósito, recordamos un joven á quien nos presentó su madre, rogándonos le curásemos con la mayor premura, unas placas de tiña pelada, pues teniendo que someterse á un reconocimiento facultativo en plazo próximo, era preciso que llevase la cabeza cubierta de pelo en toda su extensión. En efecto, nos decidimos por el tratamiento más enérgico y más rápido: el vejigatorio y la cauterización con el lapiz de nitrato argéntico de la superficie denudada. Se le aplicó el emplasto de Beslier, como del diámetro de una moneda de diez céntimos, en la placa más grande, y al día siguiente, el ya verdaderamente enfermo, tenía fiebre bastante acentuada, cefalalgia, quebrantamiento general, sed, inapetencia é infarto de los ganglios del cuello. A pesar de todo, se le cauterizó con la barra argéntica, aplicando una cura sencilla, y desapareciendo todos los fenómenos, no tardó en presentarse el vello. Faltando decisión bastante para arrostrar la repetición de las molestias, se presentó el joven al reconocimiento con las otras placas, que seguían en igual estado, siendo declarado inútil por temor á que constituyese *un foco de contagio* en el taller, y contrariado, emigró á América.

Asombra la frecuencia con que se provocan, por algunos, extensas llagas supuratorias, molestas, dolorosísimas, que siempre prolongan la convalecencia y constituyen peligrosas puertas de entrada, por la manera anticuada cómo se hacen las curas, encomendadas á personas inexpertas, á nuevas infecciones, á las cuales es necesario hacer responsable de algunos de los fracasos fácilmente atribuídos á la pulmonía; pero que acaso no sucederían sin el empleo indiscreto de ese, á veces conveniente y otras perturbador, agente terapéutico. Es curioso notar que algunos médicos, llamados en consulta para ver una pulmonía, lo primero y casi lo único que proponen es el consabido emplasto, sin reparar en la edad ó período del padecimiento, ni en el estado de los diversos órganos. A nosotros se nos lamentaba una familia por no haber llamado en consulta á un médico antes del cuarto día de una pulmonía, en que ordenó la aplicación de un vejigatorio, y que á pesar de haberse agravado, se presentó la defervescencia al séptimo día. En otro caso de pulmonía benigna, dos simpáticos colegas propusieron el vejigatorio, que se aplicó poco antes de haberse verificado la crisis, perturbándose ésta y presentándose un delirio furioso, que costó trabajo calmar, haciéndose la convalecencia lenta.

Esta es una rutina que conviene desterrar por anticientífica y siempre

perjudicial, y para conseguirlo, nos atrevemos á proponer, haciendo un resumen de nuestro estudio, las conclusiones siguientes :

1.ª Debe restringirse el uso del vejigatorio en la pulmonía.

2.ª Está contraindicado en las edades extremas de la vida, así como en todas las infecciones graves, en la diabetes, la arterio-esclerosis y en todas las enfermedades del aparato urinario. También lo está cuando se sospecha la proximidad de la crisis.

3.ª Para curarlo, no debe levantarse la epidermis, bastando con puncionar la ampolla, cubriéndola con unas capas de gasa aséptica embadurnada con una pomada boricada, terminando con gruesa capa de algodón hidrófilo y sujetando todo con el vendaje apropiado.

4.ª Puede emplearse para calmar el dolor que se ha resistido á las aplicaciones calientes y húmedas ó á las ventosas secas ó escarificadas, según los casos, bastando con la dimensión de 3 × 3.

5.ª Es útil el vejigatorio cuando la disnea es alta, la eliminación del exudado difícil y escasa, adquiriendo los esputos un color grisáceo.

6.ª Es también conveniente cuando la resolución del proceso no es fácil, rápida y franca». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del dia 14 *de Mayo de* 1901.

Neuritis y trombosis retinianas palúdicas. Curación por la quinina.—El doctor CHAUVEL : En la sesión del 16 de abril último, el Dr. Galezowski leyó un trabajo sobre las trombosis retinianas palúdicas, del que voy á ocuparme.

Hayan dicho lo que quieran algunos autores, los trastornos de la visión notables y persistentes no son comunes en los accesos intermitentes ordinarios, ni aun en los perniciosos. Antonelli ha referido el caso de un enfermo con neuritis óptica y corio-retinitis pigmentaria binocular consecutiva á las fiebres contraídas en Majunga dos años antes. El primer acceso, *comatoso*, produjo la ceguera casi completa. La visión mejoró, pero fué debilitándose poco á poco, á pesar de disminuir de frecuencia é intensidad los accesos palúdicos.

En la caquexia palúdica se observan generalmente hemorragias retinianas variables de sitio y extensión, á veces sin influencia notable sobre las funciones visuales. Los casos de este género que he observado en Argelia me permiten atribuir dichas hemorragias más á la debilidad general del organismo, á la descomposición del líquido sanguíneo, que á la acción específica del veneno palúdico.

Estas hemorragias constituyen la lesión más frecuente en el paludismo. Periféricas más bien que centrales, dichas apoplegías, unas veces venosas, otras arteriales, ocupan de preferencia la capa de las fibras ópticas, pero se han observado en puntos más profundos, hasta en la retina. Bassères ha visto 14 casos y Bull 17 en enfermos de más de cuarenta años.

Los trastornos funcionales dependen de su situación, de su extensión, de su abundancia. Casi insensibles en los derrames sanguíneos de la *ora serrata* y del ecuador del globo ocular, adquieren una gran intensidad cuando la hemorragia es central ó recae en la mancha. Según ha observado Bassères, son más durables y á veces no desaparecen completamente. El pronóstico será, por lo tanto, reservado. El origen de estas extravasaciones se atribuye á las embolias por los leucocitos pigmentarios (Poncet), á las obstrucciones por los glóbulos sanguíneos que contienen el hematozoario de Laveran, á la alteración de las paredes vasculares consecutiva á la acción de las toxinas segregadas. Es indudable que se observan de preferencia cuando el organismo está profundamente alterado y la caquexia se halla muy avanzada.

Se observan además lesiones del nervio óptico, de la retina y de la coroides. Poncet ha insistido con especialidad sobre ellas, indicando como carácter especial de la corio-retinitis palúdica la coloración rojo-grisácea y hasta el color negruzco de la papila. El profesor Panas considera como frecuente la desproporción notable entre los trastornos funcionales y las lesiones anatómicas. Sulzer señala las oscilaciones considerables y rápidas de la agudeza visual durante la enfermedad. Yarr atribuye á los trastornos circulatorios todas las afecciones oculares de naturaleza palúdica. Es indudable que en los accesos febriles agudos, igual que en la caquexia avanzada, los trastornos visuales, transitorios en los primeros, á veces permanentes en la segunda, dependen de la nutrición defectuosa de las membranas profundas del ojo. Las lesiones de los elementos nerviosos son siempre consecutivas á esta perversión nutritiva.

Los enfermos del Dr. Galezowski no eran palúdicos caquécticos. Uno padecía fiebre terciaria, contraída en el Mediodía de Francia; otro accesos frecuentes é irregulares, adquiridos en el Tonkin; en los otros dos la naturaleza palúdica de la afección ocular se dedujo más bien de la mejoría obtenida con la quinina que de la comprobación de fenómenos palúdicos En efecto, en estos cuatro enfermos la intoxicación produjo lesiones variadas y duraderas.

Creo que no es posible atribuir á la neuro-retinitis palúdica caracteres específicos que permitan hacer el diagnóstico sólo por el examen del ojo. El color grisáceo subido que Poncet considera como patognomónico, no es constante, como tampoco lo es el edema retiniano circumpapilar. Las alteraciones de los vasos y de sus vainas, las hemorragias, los depósitos pigmentarios periféricos, los trastornos ligeros del vítreo, pueden observarse en todas las neuro-retinitis, en las corio-retinitis también, sea la que quiera su causa productora. Las embolias capilares, las masas de leucocitos melaníferos faltan en ciertos casos de caquexias palúdicas avanzadas.

En resumen, de los cuatro casos referidos por el Dr. Galezowski en apoyo de su tesis sobre la curación de las neuritis y de las trombosis retinianas por la quinina, los dos primeros son los únicos demostrativos, al parecer.

No pretendo negar la acción benéfica de las preparaciones de base quínica en las afecciones oculares de origen palúdico, pero á mi entender, las lesiones observadas en el paludismo rebelde suelen depender de la alteración general del organismo que produce toda caquexia.

Creo que antes de diagnosticar *neuritis palúdica*, es necesario haber observado en el enfermo manifestaciones innegables y graves del paludismo. No bastan algunas intermitencias en los síntomas; no bastan algunos antecedentes lejanos, recuerdos confusos, trastornos vagos, para diagnosticar el paludismo; tampoco creo que el éxito de la medicación antiperiódica sea suficiente para afirmar el paludismo. Unicamente en condiciones claras de origen, cuando la naturaleza de las lesiones oculares es indiscutible, pueden apreciarse los efectos del tratamiento por las sales quínicas. Además, es necesario que se haya utilizado la quinina sola, sin el mercurio, cuya acción resolutiva enérgica en los procesos inflamatorios del nervio óptico en las alteraciones de los vasos retinianos y coroideos es conocida y utilizada por los oftalmólogos.

Hongos patógenos nuevos (*informe de un trabajo de los Dres. Lucet y Costantin*). — El Dr. Railliet: El número de hongos patógenos para el hombre y los animales va diariamente en aumento. Los *Aspergillus*, y en particular el *A. fumigatus*, han sido objeto de investigaciones numerosas. Pero existe otro grupo de hongos que al parecer suministrará un campo notable de exploración á los patólogos: nos referimos á las *Mucoráceas*. En 1876, Fürbringer encontró en los pulmones de dos hombres muertos, uno de cáncer del estómago y el otro de gastro-enteritis, lesiones que creyó poder atribuir á la presencia de un *Mucor*. Algunos años más tarde, Paltauf observó en un hombre de cincuenta y dos años micosis generalizada, debida á un hongo, al que dió el nombre de *Mucor corymbifer*. Poco tiempo después Lichtheim y Lindt hicieron entrar el estudio de las mucoráceas patógenas en una vía fecunda, produciendo micosis experimentales inyectando en los animales esporas de diversos *Mucor* saprófitos.

La cuestión se hallaba en este estado cuando los Dres. Lucet y Costantin estudiaron un nuevo parásito, encontrado en los esputos de una aldeana de treinta años que padecía desde algunos meses antes una afección crónica de las vías respiratorias que la hacía toser, expectorar, sufrir y enflaquecer. En contra de lo que creía el médico encargado de su asistencia, no se encontró en los esputos el bacilo de Koch, pero sí fragmentos de micelio y esporas, que cultivados, dieron una mucorácea de tipo nuevo, á la que se ha llamado *Rhizomucor parasiticus*. La enferma curó con el ioduro potásico y el arsénico.

El *Rhizomucor parasiticus* presenta en estado normal una sucesión de tintes característicos. En los medios más diversos, en cuanto llega á la madurez, presenta primero un color gris azulado, que se hace después plomizo, y por último, rojizo. Cultivándolo á 51 ó 52°, el cultivo queda blanco, excepto en la parte superior, que se vuelve á la larga gris muy pálido. A una temperatura más elevada, el color baja más y los pedúnculos fructíferos se hacen más largos y menos ramificados. Este parásito acidifica los medios neutros de cultivos, haciéndolos impropios para su vegetación. Inoculado en las venas, en el peritoneo ó debajo de la piel, no produce efecto alguno

en el perro, pero es patológico para el conejillo de Indias. Ocasiona en estos animales lesiones graves, á veces tuberculiformes, en el hígado, el bazo, el pulmón, los riñones, los ganglios mesentéricos. Su acción se manifiesta primitivamente sobre los riñones, que adquieren en ciertos casos un volumen enorme.

Es natural suponer que este hongo debe tener una existencia normal en estado de saprófito. Una observación reciente de los Dres. Lucet y Costantin lo demuestra al parecer. Cultivando el polvo tomado del pelo de una vaca, encontraron un tipo que presentaba los mismos caracteres morfológicos, la misma evolución é idénticas reacciones patológicas que dicho *Rhizomucor*. Pero algunas diferencias secundarias tienden á demostrar que se trata de una especie parecida más que de una forma completamente idéntica.

Además de este tipo, los Dres. Lucet y Costantin han estudiado otras variedades ó especies nuevas de hongos patógenos.

Mucor corymbifer, var. (nov.) *Truchisi*. — Obtenido de las costras epidémicas recogidas de un caballo tricofítico (tiña de estío), presenta caracteres intermedios entre los del *M. corymbifer* y los *M. ramosus*. Principia á vegetar á los 25° y cesa su desarrollo á los 55°. Inyectado en las venas del conejo, produce efectos más virulentos y mata á los animales, produciendo lesiones viscerales importantes.

Mucor corymbifer, var. (nov.) *Regnieri*. — Procedente, como la variedad anterior, de un caballo que padecía tiña de estío, se distingue de ella á primera vista por ser de color más gris y por fructificar en gris no sólo en la parte superior del tubo, sino en toda su longitud. Cesa de desarrollarse á los 51 ó 52°. Es también muy virulento y mata los conejos en las mismas condiciones.

Sterigmatocystis pseudo-nigra. — Además de los dos *Mucor* anteriores, se encontró en el caballo que padecía tiña de estío otra *Perisporiácea* que no tenía, como ellas, relación alguna con la tricofitia. La dieron el nombre de *Sterigmatocystis pseudo-nigra*, á causa de su gran semejanza con la especie *S. nigra*, estudiada por los Dres. Van Tieghem y Raulin, de la que se distingue por la rareza de su fructificación y la aparición tardía de sus aparatos reproductores. Las inoculaciones de estas dos especies al conejo y á la gallina no produjeron efecto patógeno alguno. Pero un caso observado por J. Olsen demuestra lo contrario. En un individuo, al que se había resecado la cadera, este observador encontró en la piel del miembro, bajo el apósito de algodón, de turba y de gasa iodoformada, una placa roja de las dimensiones de la mano, en la que el *S. nigra* había penetrado, al parecer, en la epidermis. Después de lavar y jabonar con sublimado la piel, se colocó un nuevo apósito. Una semana después, el enfermo se quejaba de dolores, y al cambiar el apósito, se le encontró cubierto de moho negro. La piel roja, húmeda, presentaba pústulas del tamaño de una lenteja, que cubrían ulceraciones en forma de embudo. El empleo de una disolución fenicada al 5 por 100 hizo desaparecer el moho y la dermatosis ; pero en las semanas siguientes volvió á aparecer el hongo con dolores, eritema y una erupción pustulosa. En vista del resultado de los experimentos precedentes, esta observación de Olsen es enigmática, á menos de admitir que el *Sterigmatocystis* es-

tudiado por dicho autor sea una forma derivada del *S. nigra*, pero transformada por la herencia y adaptada á la vida parasitaria.

Intervención é influencia de las sensaciones auditivas, en particular de las musicales, en la anestesia operatoria. — El *Dr. I. V. Laborde* expuso los resultados obtenidos por un cirujano-dentista de París que extrae los dientes con música. El inventor de este método original lo aplica hace mucho tiempo y le ha utilizado en bastantes millares de anestesias con el protóxido de ázoe para las avulsiones dentarias. Emplea un fonógrafo de música, provisto de dos conductores telefónicos, que aplica á los oídos en cuanto el enfermo se sienta en el sillón operatorio y se le coloca la careta para la anestesia; de este modo queda en comunicación auditiva directa con el fonógrafo, que canta una pieza de música. Al minuto, cuando más, llega el momento psicológico de la anestesia. En cuanto la operación está terminada — y su duración es, como se sabe, muy corta — el enfermo se despierta siempre con sensaciones gratas provocadas por la música. Nada de sueño penoso ni de pesadilla, al contrario de lo que suele ocurrir en la anestesia sin audición musical. Pero al separar la careta se produce cianosis ligera de la cara, como sucede, de ordinario, en esta anestesia. El Dr. Laborde pregunta si podría utilizarse este procedimiento inofensivo en la cirugía ordinaria.

Naturaleza y etiología de la escrófula. — El Dr. Hacks: Fundándome en las observaciones de más de 1000 niños que han asistido á la consulta pública municipal de Fécamp, saco las conclusiones siguientes:

Es preciso considerar la escrófula como el primer período de las infecciones superficiales cutáneas ó mucosas, en el niño, el adulto ó el anciano; infecciones cuyos agentes son, en primer lugar, el estreptococo, en segundo el estafilococo, y por último, el colibacilo, que viven de ordinario en la piel ó en las mucosas. La escrófula es, por lo tanto, la manifestación de su virulencia, la expresión fenomenal cutánea ó mucosa de su evolución. Es una infección en estado superficial, estreptococo-estafilo-coli-bacilar, con predominio de la virulencia estreptocócica y del impétigo, su consecuencia.

La causa única escrofulígena es la impureza del aire que respira el individuo; esta impureza es debida al ácido carbónico y al óxido de carbono. Estos gases obran no por los fenómenos de intoxicación general que ocasionan, no por el intermedio de la toxemia pulmonar general de la economía, sino por las toxemias respiratorias locales cutáneas que provocan.

La escrófula es ocasionada por asfixias locales de la piel.

La acción escrofulígena obra directamente sobre los bacilos por la modificación de la superficie de la piel, convirtiendo en favorable para su desarrollo y virulencia un medio que antes era desfavorable.

Vértigo nasal rebelde curado por la ablación bilateral de un trozo del tabique engrosado. — El *Dr. Suárez de Mendoza* refirió el caso siguiente: Una americana de treinta y dos años, de buena salud habitual, quedó sorda hace cinco años á causa de un ataque de influenza; se emplearon el cateterismo, la electricidad y el amasamiento. La audición se hizo normal, pero la enferma, siempre que penetraba en una habitación muy caldeada ó pasaba de un ambiente frío á otro caliente, y sobre todo cuando contraía un coriza, tenía ataques de vértigos. Al reconocer las fosas nasales, descubrió el Dr. Suárez de Mendoza que el tabique estaba muy engrosado en ambos lados y que for-

maba abombamiento á la derecha y á la izquierda, produciendo el efecto de un cornete hipertrófico que ocupaba la línea media. Los vértigos cedieron casi completamente á beneficio de los toques y las pulverizaciones con una disolución de cocaína al 5 por 100, seguidos del empleo de una pomada borico-mentolada. Era lógico suponer que la causa de los accidentes dependía de la estrechez de las fosas nasales. El Dr. Suárez de Mendoza extirpó entonces por medio de la sierra tubular, según su método, dos trozos del tabique y resecó con su pinza cortante los bordes superiores de las correderas formadas en el tabique. La cicatrización fué perfecta, y los vértigos desaparecieron en cuanto se operó la enferma.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARIS

Sesión del día 8 *de Mayo de* 1901.

De la anestesia por inyección intra-raquidiana de cocaína.—El Dr. Nélaton: 150 veces he aplicado la cocainización lumbar, procediendo según la técnica descrita por Bier y Tuffier; todos estos enfermos variaban entre veinte y cincuenta años, excepto cuatro, dos de los cuales eran más jóvenes y los dos restantes de más edad. En 125 casos empleé la solución al 2 por 100 y en los 25 restantes al 1 por 100, y he aquí los resultados que obtuve. En 5 enfermos la anestesia fué nula y tuve que recurrir al cloroformo. En uno de los casos el resultado llegó á inquietarme. Se trataba de un caquéctico de sesenta y siete años, al cual tenía que vaciarle la tibia; en cuanto le hube inyectado empezó á notar malestar general, notó opresión, se le puso el semblante cadavérico y se le debilitó el pulso, no desapareciendo todos estos accidentes, hasta después de haberle dado dos inyecciones de cafeína. En 15 casos, los resultados inmediatos fueron medianos, pues de cinco á diez minutos después de la inyección, se les observó una gran palidez, se les aceleró el pulso y tuvieron vómitos; á pesar de esto, ninguno llegó á inspirar cuidado.

En 80 casos los resultados fueron buenos y de ellos hubo 20 excelentes. Los resultados inmediatos fueron bastante sencillos, excepto en un joven epiléptico en que la cefalalgia persistió seis días y ocho en una histérica; en los restantes la cefalalgia fué ligera y los vómitos poco abundantes durante el primer día. La temperatura no pasó de 38°. En 10 de los operados noté una ligera raquialgia. De todo esto resulta, que la raqui-cocainización no da siempre el mismo resultado. Desde luego yo no la emplearé para operaciones de duración. Seguramente que tiene sus ventajas sobre el cloroformo, pero su desigualdad nos tiene que hacer desconfiar, por más que es un método que está en su principio y no se debe descuidar. Ocho de mis enfermos que no parecían bien anestesiados, les hice respirar algunas gotas de cloroformo, lo cual me dió buen resultado; á pesar de eso, no puedo asegurar que lo dé la combinación de los dos métodos.

El Dr. Schwartz: He empleado la raqui-cocainización 49 veces en sujetos de dieciséis á sesenta años; todos eran para operaciones de los miembros inferiores y para la parte inferior del tronco. Hice la inyección según la técnica

ordinaria de 2 por 100 al 4 por 100, y en general no notaron dolor en el momento de la punción; sin embargo, cuatro demostraron un dolor fulgurante y uno de ellos, operado de un mal perforante, tuvo después de tres semanas una parálisis en el miembro inferior izquierdo, la cual se demostró más tarde que era debida al histerismo. En todos los casos la analgesia fué absoluta, menos en dos que no se anestesió más que la mitad del cuerpo y en otros seis que fué nula. Dos de los que no se anestesiaron tuvieron náuseas. A los quince minutos de la inyección, empezaron náuseas y vómitos, ambos síntomas bastante molestos para practicar la operación. En unos casos la cefalalgia desapareció el mismo día, pero en la mayoría duró cuarenta y ocho horas y en una mujer llegó á durar cinco días. Algunos enfermos tuvieron un temblor general, y la mayor parte, retención de orina é incontinencia fecal. Es verdad que, en general, la técnica operatoria es sencilla, pero á veces hay dificultades que obligan á hacer una nueva punción. Aunque este método da buenos resultados, no creo llegue á generalizarse y siempre se ha de tener en cuenta que el operado tiene conciencia del acto operatorio.

El Dr. Ricard: Este método le conozco por haberle empleado unas 50 veces; en general he obtenido la anestesia, la técnica es fácil, pero se presentan una serie de accidentes que, aunque no me haya sido funesto ninguna vez, me han hecho determinar á no hacer uso de él. Todos presentaron una gran palidez, tuvieron vómitos y una gran ansiedad, llegándome á preguntar qué podría hacerles si su estado se agravaba. En uno la cefalalgia fué atroz durante siete días, en otro los vómitos y la palidez reapareció al cuarto día y en un tercero los vómitos verduzcos persistieron durante cuatro días.

El Dr. Reclus: Empiezo por declarar que no soy un adversario intransigente de la raqui-cocainización, y que si en otro lugar señalé los accidentes imputables á éste método, fué porque no los había aún mencionado el doctor Tuffier en su comunicación. Por mi parte, de los resultados obtenidos ha habido buenos, medianos y malos. En lo que estamos todos de acuerdo, es en el derecho de prioridad, ya que no se puede conceder á Corning, puesto que con su procedimiento no obtenía la verdadera anestesia. Bier es al que puede dársele el título de autor de este método, porque llegó á obtener la anestesia completa en los 6 casos que ha publicado, á pesar de haber sido muy severo en su juicio. La técnica comprende dos partes: la punción en primer lugar, la cual nos ha sido enseñada por Sicard y por Chipault, particularmente; en el *modus faciendi* existe una sola diferencia, la de los médicos y la de los cirujanos. Según el Dr. Tuffier, es un punto capital el sustituir el trócar de Bier por una aguja de platino cortada en un bisel corto. Por la libertad de oscilación, se reconoce si la aguja está bien colocada. Seguramente que no es difícil la punción, pero hay que aprender á hacerla, porque algunas veces que no se obtiene resultado, es que no se ha sabido hacer la punción. En un enfermo que no dió resultado la raqui-cocainización, recurrí á la anestesia local de cocaína para hacer una cura radical de hernia, y obtuve la insensibilidad completa, demostrando luego dicho enfermo, que prefería este modo de anestesiarle á la raqui-cocainización, cuyo método le habían aplicado en otra ocasión. A los dos ó tres minutos empieza la anestesia por los órganos genitales, según el Dr. Reviceanu, y por los piés, según el Dr. Tuffier, invadiendo el tronco á los diez minutos; en cuanto á sus límites, varía entre el pubis y el ombligo,

no habiendo visto nunca invadir la parte subdiafragmática, como ha expuesto el Dr. Tuffier. He observado que produce las mismas molestias expuestas anteriormente por mis compañeros, siendo de notar que los vómitos se suelen acentuar al sexto y décimotercer días. Hay que mencionar también que la incontinencia de los esfínteres es frecuente, puesto que la he observado 10 veces en 89 casos. En cuanto á los casos terminados por la muerte que se han mencionado, es indudable que hay algunos en que no se puede negar la intervención de la cocaína. A pesar de todas estas reservas, creo en el porvenir de este método, pero con la condición de que sea mejorado.

Tumores malignos del párpado. — El Dr. Lagrange: Voy á presentar dos casos de tumor maligno del párpado: En el primero se trataba de una mujer de setenta y cinco años, que tenía en el párpado inferior del ojo izquierdo un tumor del volumen de una nuez. Dicho tumor estaba recubierto por la conjuntiva palpebral, á la cual estaba adherido sin ulceración en la adherencia, excepto en un pequeño punto en el fondo de la neoplasia. Sólo tenía un pequeño ganglio en el submaxilar, y este infarto ganglionar era el único síntoma que podía hacer pensar que se trataba de un tumor epitelial. El volumen de la neoplasia, su dureza, su indolencia, su enquistamiento en el espesor del párpado, la falta de adherencia á la piel, todo podía hacer pensar que se trataba de un sarcoma, pero el examen histológico demostró que se trataba de un escirro del párpado, partiendo del epitelio conjuntivo. El otro caso se refiere á un sarcoma melánico del párpado superior y de la conjuntiva bulbar; el examen histológico ha demostrado que se trataba de un angiosarcoma con hemorragias intersticiales y melanosis consecutiva. El pigmento tenía dos orígenes, uno hemático y otro autóctono. El interés de esta observación estriba en la coexistencia de estos dos procesos de pigmentación.

Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 8 *de Mayo de* 1901.

Tratamiento del cáncer por el ácido ósmico.—El Dr. Hérard de Bessé: He empleado el licor de Flemming en compresas húmedas y en inyecciones interaticiales. Estas inyecciones unas veces se practicaron profundamente, con el objeto de provocar una zona de células fijas que limitaran el tumor en la profundidad, y otras veces superficialmente, para provocar una pérdida de substancia que permitiera el acceso á las compresas. Me he persuadido de que no se modifican sensiblemente ni la cantidad ni la calidad de la orina, á pesar de haber empleado aquel licor puro y constantemente por medio de grandes compresas en amplias superficies, al mismo tiempo que practicaba inyecciones intersticiales de 8 centímetros cúbicos en una sola sesión. Este tratamiento me ha dado los siguientes resultados: sedación manifiesta del dolor y una disminución marcada de las secreciones y de la fetidez; por lo tanto, es digno de llamar la atención con el objeto de reemplazar al tratamiento por el azul de metileno.

Tensión arterio-capilar y sus variaciones observadas en el curso de la cura de Vittel.— El Dr. Boulonnier: De los exámenes practicados por medio del tonómetro de Gaertner en el curso de la última estación, se desprenden los hechos siguientes: 1.° En los artríticos, la tensión arterio-capilar es algo superior á la normal; 2.°, de un modo general, la frecuencia de las tensiones arterio-capilares hipernormales aumenta con la edad; 3.°, en la mujer, después de los cuarenta y cinco años, y especialmente en la época de la menopausia y después de ésta, la tensión arterio-capilar aumenta notablemente; 4.°, parece que no hay relación entre las arenillas renales y las tensiones arterio-capilares observadas; 5.°, en la litiasis biliar, la tensión es generalmente más débil que en la litiasis renal ó en la gota; 6.°, en el curso del tratamiento diario por la ingestión de agua mineral á dosis sucesivas repetidas á intervalos de doce á veinte minutos, la absorción del agua provoca, antes de ser abundantes y numerosas las micciones, un aumento de la tensión arterio-capilar que varía de 1 á 3 grados, mientras que la tensión disminuye y cede generalmente por debajo de la cifra más baja observada en el individuo después de las emisiones abundantes de orina consecutivas á la ingestión del agua mineral; 7.°, bajo la influencia de la cura hidro-mineral, la tensión arterio-capilar ordinaria ha disminuido en el 58 por 100 de los casos poco más ó menos, se ha elevado en el 22 por 100 y queda estacionaria en el 20 por 100; y 8.°, estas observaciones, que demuestran una vez más la hipertensión habitual en los artríticos, enseñan que dicha hipertensión se modifica generalmente de un modo favorable por la cura hidromineral de Vittel, la cual también obra favorablemente al principio de la arterioesclerosis, pero cuando ésta está confirmada y en el ateroma no produce ningún efecto y aun expone á accidentes, y por lo tanto, se ha de emplear con moderación y ha de ser vigilada con esmero.

Diagnóstico precoz de la predisposición tuberculosa. — El Dr. Tétot: La temperatura media de la especie humana es de 37°, pero varía individualmente entre 36 y 38°. En algunos individuos, si las combustiones son exageradas, la temperatura media oscila entre 37'5 y 38°, en los casos normales entre 37 y 37°,5, y por último, en otros individuos la temperatura se encuentra por debajo de los 37°. Todo sujeto cuya temperatura axilar media es de 37'5 á 38°, es un predispuesto á la consunción, á la tisis, mientras que si es inferior á 37°, se trata de un artrítico, herpético ó escrofuloso.

Codina Castellví.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE PARIS

Sesión del día 9 *de Mayo de* 1901.

Imperforación congénita del recto. — El Dr. Blondel: La observación que refiero es interesante desde el punto de vista de una particularidad que encontré al operar. Se trataba de una niña, y cuando había incindido el suelo perineal y colocado las suturas para unir la piel con la extremidad inferior del recto, observé, después de introducir una sonda en la vagina, que había

cortado este conducto en vez del recto. Cosí la desgarradura vaginal y continué la operación.

Placenta quística. — Los Dres. Demelin y Jeannin: Hemos observado un caso de quiste muy voluminoso de la placenta en una mujer que dió á luz en el Hospital Lariboisière. Después del parto, como el abdomen quedaba abultado, se sospechó un embarazo gemelo, pero al ser expulsada la placenta, se vió que tenía en su cara fetal un quiste del volumen de la cabeza de un feto. Este quiste, procedente del corion, contenía serosidad rojiza y coágulos antiguos. Se trataba, por lo tanto, de un quiste querático que había elevado el amnios. Lo curioso de este caso era que dicho quiste no impidió que se desarrollara la criatura y naciera viva.

Un caso de deformaciones plásticas del feto.—El Dr. Bonnaire: He presentado hace poco tiempo á la Sociedad un feto con eventración y escoliosis muy pronunciadas. Acabo de observar otro caso parecido. Pero este último era de mucha más edad (seis meses próximamente); además, la deformación se limitaba á escoliosis complicada con asimetría pelviana. Estas anomalías son debidas, según toda probabilidad, á una insuficiencia del líquido amniótico, causa de que el feto sea comprimido en el útero.

Deformaciones plásticas del feto en las presentaciones de nalgas.— Los doctores Bonnaire y Schwab: Se acostumbra á decir que en las presentaciones de nalgas la cabeza del feto es redonda, regular y se distingue por esto de las demás presentaciones. Pero en ciertos casos, la cabeza es asimétrica, está aplastada en el parietal anterior. Este aplastamiento es debido probablemente á la presión del útero. En otros casos, se observa dolicocefalia, es decir, prolongación en dirección antero-posterior. Cuando el líquido amniótico es insuficiente, las modificaciones pueden ser mayores; hasta se ve la impresión más ó menos profunda del hombro sobre la cabeza inclinada lateralmente. El cráneo del feto se asemeja á un riñón.

Infección generalizada de origen umbilical. — El Dr. Porak: He insistido bastante últimamente sobre la frecuencia é importancia de las infecciones de origen umbilical en el recién nacido. Acabo de observar un nuevo ejemplo. Un recién nacido, de buena salud aparente, á los pocos días de nacer, cuando el cordón se había desprendido como de ordinario, presentó una erisipela de la mano izquierda, que se extendió al brazo. El niño murió al poco tiempo, y al hacer la autopsia, se descubrieron flebitis y arteritis umbilicales, aunque la región del ombligo pareció que estaba completamente sana durante la vida. Al interrogar á la familia del niño, supe que se le había bañado en una bañera sucia. Conviene, por lo tanto, adoptar ciertas precauciones para evitar las infecciones umbilicales. Es preciso aplastar el cordón con una pinza al rape de la piel, no bañar al niño los días primeros y curar cuidadosamente la herida umbilical.

El Dr. Maygrier: Acabo de observar el caso de un niño que nada de particular ofreció hasta el séptimo día de su nacimiento. El ombligo parecía completamente sano, pero al octavo día, el niño tuvo fiebre, agitación, malestar general, etc. Al poco tiempo, se formó un absceso en el testículo derecho que le ocasionó la muerte. Al hacer la autopsia, se encontró la vena umbilical engrosada y llena de pus. Existían, además, abscesillos en el interior del hígado y meningitis supurada. No pude averiguar la causa de esta in-

fección de origen umbilical, pero creo, como el Dr. Porak, que es preciso llamar la atención de los médicos sobre esta causa poco conocida de infección de los recién nacidos.—F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 23 *de Abril de* 1901.

Hemorragia auditiva arterial. — El *Dr. Walter G. Spencer* dijo que la otorragia recurrente mortal ó peligrosa para la vida, es una complicación rara de las enfermedades del oído medio. En 20 casos de muerte que se citan, el desenlace fatal fué debido á la ulceración de la carótida interna. Citó 3 casos en los que Syme, Brown y Stewart contuvieron la hemorragia por la ligadura de la carótida primitiva. Los casos mortales podían dividirse en poco favorables para la operación por ser el padecimiento auditivo secundario á la tuberculosis pulmonar; poco favorables, por tratarse de lesiones auditivas crónicas y favorables por ser casos de inflamación reciente. Ha observado el caso siguiente: Un niño de cuatro años, de buena salud habitual, y que había padecido poco antes escarlatina, tuvo hemorragia abundante por el oído, la nariz y la boca el día antes de ingresar en el Hospital, que obligó á hacer el taponamiento de la nariz, del oído y de la naso-faringe. A las diecisiete horas se repitió la hemorragia en abundancia y el niño quedó sin conocimiento y casi sin pulso. Se ligó la carótida primitiva izquierda en el cuello, por medio de un tendón de kanguro y se hicieron inyecciones subcutáneas de líquido salino en varios puntos. No volvió á repetirse la hemorragia y el niño curó completamente. El sitio más común de la hemorragia es la ramilla que envía la carótida interna al tímpano. A pesar del flujo retrógrado del círculo de Willis, la ligadura reduce en un tercio la presión sanguínea en la carótida interna. Cuando hay una abertura extensa en la carótida, la hemorragia retrograda es inevitable.

El *Dr. W. Mc Adam Eccles*, manifestó que estos casos son raros y angustiosos y preguntó si se había empleado algún tratamiento activo del oído después de ligado el vaso, si se había ligado la carótida en todos los casos, y si la ligadura de la carótida primitiva en los niños produjo trastornos cerebrales.

El *Dr. Spencer* contestó que no se había empleado tratamiento activo alguno del oído después de la ligadura, y que no se dice haber sobrevenido trastornos cerebrales en los niños cuando se ligó la carótida primitiva.

Un caso de leucemia aguda.— El *Dr. A. G. Phear* refirió el caso siguiente: Un hombre de veintiún años ingresó en el hospital á las cuatro semanas de padecer debilidad, cefalalgia é hinchazón de las encías. Estaba muy pálido, pero grueso, y tenía edema ligero. Las encías estaban hinchadas y esponjosas pero no ulceradas. Se notaba infarto ligero de los ganglios submaxilares y del bazo. Este enfermo tenía diarrea y algo de fiebre. El infarto de los ganglios submaxilares y del bazo aumentó, y á las seis semanas de enfermedad murió este hombre. El número de glóbulos rojos era de 1.384.000 por c. mm., y el de blancos de 404.000. Las cuatro quintas partes de los leucocitos eran de

forma anormal, principalmente de la llamada *linfocitos anchos;* existían también algunas cuantas células ovales con dos núcleos separados. No se descubrieron los leucocitos basófilos. A la autopsia se vió que persistía el timo; todas las glándulas linfáticas, las amígdalas, el bazo y los folículos linfoides intestinales estaban aumentadas de volumen, y en todas ellas se encontraron células análogas á los linfocitos anchos de la sangre. La médula ósea estaba también sembrada de células análogas.

El *Dr. R. Bradford* dijo que á causa de no ser bien conocido este estado, conviene darle el nombre de *leucemia aguda.* Estos casos difieren desde el punto de vista clínico de la leucemia ordinaria. Su semejanza con los casos de estomatitis, es notable. Son debidos al pasear, á una infección probablemente de origen bucal. El infarto ganglionar es moderado y pertenece á la variedad dura. Hay, no sólo exceso de las formas anormales de leucocitos, sino también disminución de las formas normales. Convendría examinar la sangre por si existe en ella algún agente infeccioso ó algún protozoario.

El *Dr. Reissmann* indicó que la enfermedad es completamente distinta de la leucemia espleno-medular. Los casos de enfermedad de Hodgkin suelen estar asociados con estomatitis.

El *Dr. Spencer* dijo que el agente infeccioso de la leucemia puede penetrar en la sangre por las amígdalas, la naso-faringe ó el conducto intestinal.

El *Dr. T. Barlow* citó un caso en el que la ulceración de las encías fué seguida de estomatitis ulcerosa, infarto de los ganglios linfáticos y del bazo, anemia grandísima y algo de fiebre. El enfermo murió á los tres meses. Se encontró necrosis central de los ganglios linfáticos y leucemia. El elemento bucal en estos casos es tan marcado, que forma una categoría distinta de los casos ordinarios de leucemia. — F. Toledo.

SOCIEDAD PEDIÁTRICA DE MOSCOU

Sesión del día 6 *de Marzo de* 1901.

Esterilización doméstica de la leche.— El *Dr. Hippius* da cuenta de los trabajos antiguos y modernos sobre las alteraciones de la leche bajo el influjo de elevadas temperaturas (Baginsky, Sommerfeld, Lebelin), fijándose especialmente en los recientes y muy instructivos experimentos verificados por P. A. Solomin, en el Instituto higiénico del profesor Rubner, de Berlín, de los cuales resulta que ya por la simple ebullición y más aún por la prolongada de la esterilización, la leche sufre profundas alteraciones químicas que disminuyen no solamente su digestibilidad, sino también su valor nutritivo, de modo que para la alimentación de los infantes, la leche no debe hervirse. Cabe preguntar, pues, si no basta calentar la leche ya que con el método usual de la esterilización tampoco se destruyen los esporos, sino tan sólo las formas desarrolladas de los microbios patógenos, según resulta de los experimentos de Hesse, de Man y Smith. Ultimamente, muchos pediatras, como Heubner, Jacobi, Monti, Johanesser, se han expresado á favor de la calefacción de la leche, pastorización, mediante el aparato de Oppen-

heimer. El mismo fin puede conseguirse también mediante el termóforo, pues las investigaciones de Frickenhaus, Dunbar, Dreyer, Kobrak y Sommerfeld han demostrado que, dejando la leche hasta diez horas en el termóforo, no se nota aumento de gérmenes, al contrario, tanto en la leche cruda como en la calentada, el número de gérmenes disminuye á veces hasta la desaparición completa de gérmenes vitales; tampoco sufre la leche en dicho plazo descomposición dañina, de modo que el lacto-termóforo puede recomendarse para mantener caliente la leche destinada para la alimentación de los niños de pecho, sobre todo, en vista de que pronto perecen en la misma los bacilos tifódico y tuberculoso.

Luego Hippius enseñó y explicó un aparato de su invención, para conseguir cómodamente la eficaz pastorización de la leche y conservarla á la temperatura apropiada para darla al niño. La leche resulta esterilizada con toda seguridad, conservando la composición de la leche cruda y su sabor agradable, sin adquirir absolutamente nada de sabor extraño. Una gran ventaja es también que en la esterilización no se emplean más de veinte minutos.

Tratamiento de la tuberculosis de las articulaciones y huesos, sobre todo en los niños. —El *Dr. Chuprof* demuestra que en estos últimos tiempos, todos los cirujanos condenan unánimemente el tratamiento operatorio de las afecciones articulares tuberculosas de los niños, citando las opiniones de Bruns, Bergmann, Billroth, König, Gussenbauer y Verneuil, los cuales aconsejan con insistencia todas las medidas que puedan favorecer el desarrollo de tejido conjuntivo alrededor del foco tuberculoso. Especialmente útiles le parecen á Chuprof los métodos de Lannelongue y de Bier, en vista de la curación que relativamente en breve tiempo ha obtenido en varios casos de su propia práctica, que refiere. Mas, por regla general, la enfermedad continúa unos cuatro años, y por esto debe ser grande el número de camas afectas á esta clase de enfermos en hospitales y sanatorios. En Moscou no escasean los hospitales de niños, pero les es casi imposible admitir á niños con afecciones crónicas de las articulaciones. Resultados especialmente brillantes ha dado el tratamiento conservador de las afecciones articulares tuberculosas en los sanatorios marítimos para niños escrofulosos.

(*Vrach*). — G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

Debilidad mental y caries dentaria. — El médico dentista Sr. Howell, de Hamptoon, refiere el caso de una niña de doce años en la que, en el curso de uno, se fué presentando un rápido decaimiento de sus facultades psíquicas: primero perdió la palabra, después rehusó la enferma vestirse, y por último, acabó por no querer tomar alimentos. Después de muchos tratamientos infructuosos, se examinó la dentadura y se comprobó el hecho raro de que sólo había dos dientes permanentes, y aun éstos estaban cariados; en cambio, de los dientes de leche sólo faltaban dos. Las encías estaban inflamadas, hinchadas y sangraban con facilidad. El autor pensó muy

acertadamente que todas estas anomalías en el desarrollo dentario no podían menos de influir de un modo reflejo en el sistema nervioso, y aconsejó, por lo tanto, extraer todos los dientes. Con esta operación fueron saliendo poco á poco los dientes de la segunda dentición, mejoraron rápidamente los fenómenos de debilidad psíquica y la niña, después de recobrar su salud mental, no tardó en poder volver á la escuela.

(*Journal für Zahnheilkunde*).—R. del Valle).

Tratamiento médico de la apendicitis.— El Dr. Bourget dice que con la evacuación y desinfección del intestino consigue no sólo curar el acceso apendicular, sino hasta evitar muchas veces la operación en frío. El enfermo es sometido á dieta líquida, y todos los días se le administran 20 gramos de aceite de ricino, que contengan en disolución 1 gramo de salacetol. Si predominan los trastornos digestivos, se emplea el lavatorio del estómago. El intestino grueso se lava diariamente por medio de una sonda blanda unida á un irrigador cualquiera, empleando para los lavatorios 1 litro de una disolución acuosa de ictiol al 4 por 100 y calentada á 38°. Es conveniente mezclar esta disolución con aceite de olivas. Para esto, usa el Dr. Bourget un aparato especial, que consiste en un recipiente de cristal con dos tubos y de 100 á 250 gramos de capacidad. Este aparato se llena con aceite de olivas lo más puro posible y adicionado de mentol, timol ó salicilato de metilo al 1 por 100, y se coloca entre la sonda y el irrigador de modo que, al pasar el agua por este recipiente, se mezcla con cierta cantidad de aceite. Para hacer el lavatorio intestinal, se coloca el enfermo en decúbito lateral derecho, sin almohadas y de modo que las nalgas estén unos 20 á 30 centímetros más altas que la cabeza. Se introduce la sonda en el recto 5 á 10 centímetros y se principia á inyectar el líquido poco á poco. A medida que se hace la inyección, se va introduciendo la sonda más; si cesa el derrame de líquido, basta para corregir este accidente extraer un poco la sonda. Terminada la inyección, el enfermo permanece en la misma posición todo el mayor tiempo posible. En el intervalo de las inyecciones, se aplica sobre la fosa ilíaca derecha una cataplasma de harina de linaza muy caliente, y si se nota en este sitio tumefacción dura, se aplican cinco ó seis sanguijuelas. A beneficio de este tratamiento, ceden con rapidez los síntomas más molestos: cólicos, vómitos, sudores fríos, fiebre, etc.; á los cinco ó seis días pueden suspenderse las irrigaciones y administrar purgantes ligeros, por ejemplo: tres ó cuatro veces al día 150 gramos de una disolución que contenga por litro de agua 5 gramos de bicarbonato sódico, 5 de fosfato de sosa y 5 de sulfato sódico anhidro. Curada la apendicitis, el enfermo puede someterse á la operación en frío, que está indicada en el caso de recidiva.

(*Bull. gen. de thérapeutique*).—F. Toledo.

Hemorragia de la pelvis renal tratada con éxito por medio de las inyecciones subcutáneas de gelatina.—El Dr. Gossner, de Königsberg, refiere que un individuo, al parecer sano, comenzó á sentir dolores en la región lumbar derecha; al mismo tiempo la orina salía teñida de sangre. Pasadas algunas semanas, además de la sangre, salían con la orina copos mucosos y hasta moldes tubulados de la misma naturaleza. El examen cistoscópico reveló

la existencia, en el vértice de la vejiga, de un cuerpo que no se podía saber si era un coágulo sanguíneo ó un neoplasma. El examen endoscópico demostró de un modo evidente que la sangre descendía del ureter derecho. Como la orina no contenía elementos morfológicos del riñón y la poca albúmina que en ella había se explicaba suficientemente por el moco, el pus y los glóbulos rojos que la acompañaban, se excluyó la idea de una lesión renal, y por último, se llegó á establecer el diagnóstico de pielitis hemato-membranosa, por más que no pudo descubrirse la causa de tal afección.

Esta no se modificó con el uso interno de la ergotina, del licor de percloruro, del acetato de plomo, ni del tanino; también resultaron inútiles los baños de estufa, los preparados salicílicos y la dieta láctea. Animado entonces por el profesor v. Eiselsberg, procedió el autor á inyectar subcutáneamente en la región torácica superior derecha 200 cm^3 de una disolución de gelatina al 2'5 por 100, valiéndose para ello de una jeringa de 50 cm^3 de capacidad. Ya á la mañana siguiente salió la orina clara, sin nada de sangre, tan sólo con un ligero enturbiamiento nuboso y con un sedimento que sólo contenía células redondas, pero nada de glóbulos rojos. En el momento de la publicación, ó sea tres meses después de practicada la inyección de gelatina, continúa la orina libre de sangre, y á los ocho días habían desaparecido por completo los enturbiamientos coposos y los moldes mucosos.

La inyección fué muy dolorosa y ocasionó fenómenos irritativos locales y generales. En uno de los puntos inyectados se produjo una hinchazón muy notable, que persistió algunas horas y que produjo intensos dolores, que se irradiaban al lado derecho del cuello y al brazo del mismo lado, paralizando por completo los movimientos de éste. Después, y sin elevación térmica, se presentaron quebrantamiento general, mareos y dolores en la cabeza, miembros y articulaciones; todo ello no obstante haberse empleado una disolución esterilizada.—(*Münch. med. Wochensch*).—R. DEL VALLE.

Inyecciones contra la blenorragia y la leucorrea. — El Dr. Lutaud aconseja en la leucorrea y en la blenorragia de la mujer hacer una inyección con un tercio de litro de agua caliente al que se agregan dos cucharadas de la siguiente preparación:

Creolina	2	gramos.
Extracto de hidrastis cadadensis	10	—
Agua	200	—

En el hombre puede emplearse en inyecciones uretrales la misma preparación modificada como sigue:

Extracto de hidrastis	2	gramos.
Creolina	10	—
Agua	250	—

(*Nouveaux Remèdes*). — F. TOLEDO.

ÍNDICE DEL TOMO LI

Abdomen (Contusiones del).. 37
Ablación del hombro..... 286
Absceso del ano..... 396
— peritiflítico de la cavidad de Douglas..... 124
— de la vesícula biliar durante el puerperio. .. 460
Academia Medico-Quirúrgica Española (Discursos leídos en la sesión inaugural de la) 143
Aceite de Chaulmoogra (Inyección subcutánea de).. 31
— de hígado de bacalao fosforado..... 45
Acné rosácea..... 125
— sebáceo concreto senil.. 401
Acidez urinaria..... 38
Acido cinámico. 231
— cítrico en el tratamiento del ozena..... 15
Adonis vernalis.. 299
Afaquia con aniridia 144
Afección rara de la vulva..... 387
Afecciones parasifilíticas. 104, 109, 190, 325, 408
Agalactia hereditaria 385
Agua salada (Inyecciones subcutáneas de)..... 351
Aguas minerales en el tratamiento de las hiperclorhídrias..... .... 169, 217, 265
Aire caliente (Empleo del)... 430
Albuminuria gravídica recidivante. 386
Albuminurias (De las)..... 102
Alcarnoso..... 278
Aleuronato..... 277
Amaurosis repentina y total.. 351
Analgesia quirúrgica. 38, 154, 205, 320, 332, 460
Analgésicos 38
Anemia perniciosa..... 461
— (Tratamiento de la). 13, 318
Anestesia operatoria 494
— por las inyecciones raquidianas de cocaína. 154, 205, 320, 332, 460, 495
Aneurisma de la carótida interna y seno cavernoso 157
Aneurismas..... 34
Angina de pecho 34
Angioma voluminoso del hígado 296
Aniridia 144
Ano (Absceso del)..... 396
— (Fisura del)..... 479
Antidiarréico..... ... 167
Antisepsia en obstetricia..... 459
Antrax (Tratamiento del)..... 88
Antro maxilar y sus relaciones con el seno esfenoidad y las células etmoidales... 182
Aorta abdominal (Palpación y auscultación de la).. 259
Aparato que permite á los ciegos escribir fácilmente..... 382
Apendicitis.. 24, 66, 72, 118, 147, 158, 206, 284, 294, 376, 403, 417, 483, 503
— durante el puerperio... 456
— en China.. 206
Aperitivo.... 160
Apocodeína (Cloruro de)..... 303
Apófisis mastoides (Abertura de la)..... 126
Arena intestinal 41
Aritmia paroxística 431
Arsenio-citrato de hierro amoniacal..... 18
Arterio-esclerosis. 33
Artritis blenorrágicas (Pronóstico de las)..... 27
Asma (Tratamiento del).... . 191
— bronquial (Tratamiento del) 87
— — de los niños (Tratamiento del) 88
Asthenopia retiniana..... 239
Astigmatismo..... 463
Autoplastia..... 247
Bacilo de Achalme..... 280
— diftérico (Resistencia del).. 95
Bacteriología (Progresos de la) 389
Bazo (Rotura del) 36
Beneficencia en algunas poblaciones de España (La)... .. 407
Bier (Método de) 154
Bi-ioduro de mercurio (Disoluciones oleosas de)... 367
Blenorragia (Tratamiento de la) 472, 504
Bolsa amniótica (Importancia de la)..... 103
Bronquiectasia (Tratamiento de la)..... 87
Bronquitis aguda (Tratamiento de la)..... . . 87

Bronquitis crónica (Tratamiento de la)..... 87
Botrimicosis 96
Cacodilato de hierro.. 14
Cacodilatos (Acción dinamogénica de los) 159
Cálculos renales..... 246
— vesicales en los niños.. 158
Calor radiante luminoso en terapéutica (El)..... 445
Cáncer del colon..... 293
— del estómago (Diagnóstico del)..... 21
— del recto 74
— laríngeo..... 184
— (Tratamiento del).. 13, 21, 74, 184, 293, 497
Canforato ácido..... ... 38
Caquexia palúdica..... 490
Carbunco 442
Carcinoma infiltrado de la vejiga urinaria..... 126
— inoperable 389
Cáries dentaria y debilidad mental..... 502
Cartilla del Practicante de regimiento.. 228
Catarro intestinal (Tratamiento del)..... . 167
— uterino fétido 76
Cauterización de las fosas nasales. 351
Células etmoidales y sus relaciones con el antro-maxilar. 182
Ciática (Tratamiento de la). . 304
Ciegos (Aparato que permite escribir fácilmente á los). . 382
Cinamato de sosa..... 231
Cirugía abdominal (Un caso de)..... 28
— del recto... 393
— del seno maxilar..... 182
— de las vías biliares..... 143
Cirrosis biliar infantil anictérica 334
Cistitis (Diagnóstico de la)... 331
Criptorquídea..... 334
Cloro-anemia (Tratamiento de la).... ..... 14, 159, 318
Clorosis (Tratamiento de la) 14, 329
Cocaína (Inyecciones de). 154, 205, 320, 332, 460, 495
Cólera nostras é indiano..... 94
Cólico intestinal (Tratamiento del) 167
Compresas sódicas en la supuración 86
Composición mineral del organismo del feto humano y del recién nacido..... 292
Congestiones pulmonares reumáticas..... 49
Congreso alemán de Medicina interna. 249, 296, 343, 427
— Medico-Internacional de París (Memoria escrita por el Dr. Cortejarena) 282
Convalecencia de las enfermedades graves..... 318
Corazón (Examen funcional del)..... 343
— (Lesiones valvulares del) 87
Cuerpo extraño en el esófago.. 451
— — en el recto 477
— — en la laringe 333
— — en las vías aéreas.. 158
Dactilitis sifilítica 82
Debilidad general (Tratamiento de la).... 318
— mental y caries dentaria. 502
Deciduoma maligno. 84
Deformación plástica del feto. 499
Degeneración del ganglio de Gasser..... 324
Delirio onírico..... 453
Dermoide con perforación de la vejiga..... 388
Desgarradura del útero..... 118
Desinfección de los órganos genitales de las niñas 94
Desprendimiento de la retina (Tratamiento del)..... 370
Diagnóstico de ciertos estados febriles, infecciosos y epidémicos..... 5
— etiologo-bacteriológico . 389
Diarrea (Tratamiento de la).. 167
Difteria (Tratamiento de la).. 13, 95, 119
Digital en las enfermedades cardíacas..... 296
Digitoxina..... 299
Dinámica muscular del ojo (Nuevas ideas acerca de la). 288
Discurso inaugural del Presidente del Congreso alemán de Medicina interna.... ... 249
Disentería de los ejércitos en campaña 407
Dispepsia (Tratamiento de la) 13, 169, 217, 265
Dispepsias hiperclorhídricas 169, 217, 265
Dispensario oto-rino-laringológico del Hospital de niños de Sofía 85
Distocia grave..... 382
Distrofia de las uñas..... 425
— orquídea..... 118

Divertículo por impulsión 260
Divertículos esofágicos profundos 214
Dolor de costado abdominal... 119
Eclampsia puerperal..... 335, 422
Ectopia renal (Tratamiento de la)... 419
— testicular (Tratamiento de la) 333, 335
Eczema (Tratamiento del)... 64
Edema pulmonar (Tratamiento del) 87
Echinacea angustifolia (Acción afrodisiaca de la) 12
Embarazo ectópico... 296
— extrauterino gemelar... 158
— (Operaciones durante el) 89
Embolia gaseosa en la herida operatoria del seno lateral.. 181
Enajenados (El sulfonal en los). 129
Endocarditis aguda 344
— reumáticas.... 87
Endoteliomas múltiples ... 465
Enfermedad de Addison. 258, 301
— ganglionar transmitida del caballo al hombre. 246
Enfermedades infecciosas (Tratamiento de las)..... 101
— mentales (Tratamiento de las). 128, 129
— parasifilíticas. 104, 109, 190, 325, 408
Enterectomía... 41
Enterocolitis muco-membranosa y embarazo..... 387
Entuertos (Tratamiento de los) 304
Epilepsia parasifilítica. 190
Epiploón (Torsión del)..... 260
Erisipela (Tratamiento de la). 13
Escarlatina (Profilaxis de la).. 128
Escrófula (Naturaleza y etiología de la) 494
Esofagotomía..... 451
Esoftalmía pulsatil.... 374
Estrangulación interna..... 374
Estreñimiento (Tratamiento del).. 303
Espina bífida (Tratamiento de la).. 245
Estercoremia durante la gestación..... 457
Esterilización de las sondas de goma..... 352
Estómago (Diagnóstico de cáncer del) 21
— (Sus lavatorios en las gastrorragias del).... 32
— (Secreción del)..... 160
Estrabismos de los recién nacidos 417
Estrabotomía para-esclerótica. 333
Estreñimiento pertinaz..... 44
Estrofanto 298
Eucasina. 277
Eulactol 277
Evisceración uterina..... 117
Examen funcional del corazón. 343
Excitaciones exteriores y sus efectos sobre el riego sanguíneo de los tejidos profundos. 431
Extirpación total de la laringe. 446
Extracción de dientes con música 494
Extractos de carne..... 274
Falangitis heredo-sifilítica de los niños de pecho 47
Faringitis lateral hipertrófica (Tratamiento de la) 183
Farmacología (Revista de).... 12
Fenómenos psíquicos que producen las intoxicaciones.... 453
Feto enorme.... 388
Fibras gustativas del lingual (Origen de las)..... 324
Fibroma subperitoneal en el sexto mes del embarazo... 40
— del útero..... 120
— esfacelado y embarazo.. 383
Fiebre aftosa (Tratamiento de la).. 204
— intermitente hepática.. 104
— palúdica (Tratamiento de la) 13
— tifoidea (Tratamiento de la)..... 13
Fiebres gástricas 5
— infecciosas 5
Fisura de ano 479
Fogonazo (El) 305, 353
Forceps (Experimentos sobre el)..... 456
— (Nuevo modelo de).. .. 162
— (Nuevo procedimiento de aplicación del).... 236
Fortoína..... 167
Forúnculo (Tratamiento del).. 88
Fototerapia 64
Fractura conminuta (Resección en un caso de)... 331
— del tercio inferior del húmero (Curación de la)..... 241
— por armas de fuego (Tratamiento de la)..... 334
— del frontal en el feto.... 385
— de la diáfisis (Tratamiento de las)..... 157
— del húmero..... 74
Galactoforitis (De la).... 460

Gallicina..... 371
Gangrena de los miembros inferiores durante el puerperio..... 386
— intestinal extensa..... 260
— pulmonar difusa..... 114
Gastro-enterostomía..... 433
Gastrorragias (Lavatorios del estómago en las)..... 32
Gelatina (Inyecciones subcutáneas de)..... 503
Ginecología moderna (Comparación de unas cuantas operaciones de)..... 295
Globón..... 277
Gota (Tratamiento de la) 264, 352, 445
Grippe (Tratamiento de la)... 76
Harinas alimenticias..... 278
Hedonal..... 472
Helmintiasis en China..... 206
Helmintológica (Nota)..... 72
Hematuria esencial..... 304
— de origen renal..... 246
Hemoptisis (Tratamiento de la) 87
Hemorragia auditiva arterial.. 500
— de la pelvis renal tratada con éxito por medio de las inyecciones subcutáneas de gelatina..... 503
— labial grave en una niña. 202
Hemorragias neuropáticas de los órganos genito-urinarios..... 304
— (Tratamiento de las)... 459
Herida de la arteria axilar.... 293
— del nervio óptico..... 368
— perforante del corazón.. 332
— punzante de la médula espinal..... 83
Heridas del recto..... 399
— (Tratamiento de las)... 16
Hernia umbilical..... 260
Heroína en las enfermedades mentales (De la)..... 128
Hidramnios (Caso de)..... 150
Hidrargirismo profesional.... 425
Hidrofobia..... 71
Hidrorrea nasal verdadera.... 168
Higiene del oído..... 98
— de la vista en las escuelas 96
— municipal..... 407
— (Revista de) . 94, 274, 438
Hiperemia artificial (Valor terapéutico de la)..... 429
Hipertrofia de las glándulas mamarias..... 84
Hipnótico (Nuevo)..... 472
Histerectomía abdominal. 37, 75, 245, 295
Histérica con delirio místico.. 138
Histérica con manifestaciones lipemaníacas sin delirio.... 138
Histerismo (Un caso de localización visual en el)..... 283
Hombro (Ablación del)..... 286
Hongos patógenos nuevos.... 492
Ictericia grave en la apendicitis..... 156
Incontinencia de orina..... 82
Imbécil con exaltación maníaca..... 135
Imperforación del recto..... 498
Inervación producida por lesiones de la nariz (Trastornos de)..... 111
Infantilismo..... 334
Infección estafilocócica..... 109
— tetánica de origen probablemente endógeno..... 300
— puerperal.. 37, 75, 245, 386
Infecciones del oído..... 95
— umbilicales en el recién nacido..... 384, 499
Infusión salina contra la eclampsia puerperal..... 422
Inmunidad (De la)..... 77
Inomioma de la porción abdominal del ligamento redondo 161
Intoxicación con el agaricus torminosus..... 260
— por las bayas del coriaria myrtifolia..... 325
Intoxicaciones (Fenómenos psíquicos que producen las). 453
Inversión completa del útero.. 388
Investigaciones sobre la anatomía y fisiología de la mama. 457
Inyecciones contra la blenorragia y la leucorrea..... 504
— de cocaína..... 38, 154, 205, 320, 332, 460, 495
— subcutáneas de gelatina. 503
Iodo como medicamento vasomotor (Importancia del).... 431
Iodoformo..... 206
Irideremia..... 144
Itrol como antiséptico en cirugía (Valor del)..... 16
Jaqueca (Tratamiento de la) 38, 47
Jugo de carne de Valentine... 274
Keratomicosis..... 241
Lactancia durante los puerperios patológicos..... 461
Laparotomía..... 37, 374
Laringe (Extirpación de la). . 446
Laringología (Dispensario de). 85
— (Revista de)..... 179

Lavado antiséptico de la ropa. 329
Lavatorios del estómago en las gastrorragias 32
Leche (Esterilización de la) .. 279, 501
— Papel etiológico de la).. 281
Lepra (Tratamiento de la). 31, 383
Leucemia aguda 500
Leucoplaxia lingual..... ... 191
Leucorrea (Tratamiento de la). 504
Ligadura de la arteria axilar.. 293
— de las carótidas (Peligros de la) 372
Linfangitis..... 460
Linfangioma cavernoso de la faringe 465
Lipanina (La) 278
Locura histérica..... 135
Lupus (Tratamiento del)..... 432
Luz solar (Acción de la)... . 441
Margarina (Valor nutritivo de la) 168
Medicación hipotensiva 33
Medicamentos cardíacos y vaso-motores 242, 296
Melancolía ansiosa..... . 136
Método de Bier..... 154
Mielitis aguda..... 344
Mietosio..... 277
Monstruo doble parasitario acefaliano, xifopago.. 230
— extraordinario..... 320
— xifopago vivo..... 156
Mola hidatidiforme. 40
Mordeduras de reptiles venenosos (Tratamiento de las).. 13
Morfina en los ancianos..... 392
Morfinismo crónico..... 351
Mortalidad en Madrid..... 64
Mutasio... 277
Nefrolitiasis..... 466
Neuralgia del facial..... . .. 331
Neuralgias (Tratamiento de las)..... 38
Neurastenia (Tratamiento de la)..... ..... 76, 159
Neuritis retiniana palúdica... 490
Niños débiles..... 461
Nutrosa.. 277
Obliteración del seno circular de la placenta..... 384
Oclusión intestinal..... 374
Oftalmología (Revista de).... 367
Oftalmía purulenta..... 457
Oído (Higiene del). 98
— (Infecciones del)..... 95
Ojo artificial móvil..... 247
Oligoamnios..... 40
Onfalorragia..... . 69
Orquitis de origen grippal.. 432
Ortoformo..... 39
Osteo-artritis tuberculosa escapulo-humeral.... 286
Osteítis deformante heredo-sifilítica..... 213
Otitis media purulenta 212
Otología (Dispensario de)..... 85
— (Revista de)..... 179
Otorrea bilateral de origen escarlatinoso..... 212
Otorreas (Tramiento de las)... 432
Oxígeno (Inyecciones de)..... 88
Ozena 15, 351
Paludismo.. 490
Parálisis general parasifilítica..... 191
— medulares de origen blenorrágico..... 345
— obstétrica..... 117, 261
Parametritis cicatriciales (Tratamiento de las) 349
Paraplegia por inanición..... 455
Párpado (Tumor maligno del). 497
Parto provocado (Historia de un)..... 459
— rápido..... 117
Pelagra 280
Peptona (Preparados de)..... 275
Perforación de la vejiga..... 338
Peritiflitis (Tratamiento de la) 445
Peritonitis aguda generalizada (Tratamiento de la).. 378
— apendicular 403
— tuberculosa (Tratamiento de la)..... 445
Personalidad (Caso doble de).. 338
Personina..... 318
Persulfato de sosa como aperitivo 160
Persulfatos alcalinos..... 318
Pesario automático permanecido en la vagina durante quince años 350
Peste (Epidemia de)..... 158
Pielonefritis gravídica. 41
Piramidón..... ..... 38, 76
Placenta previa..... 43, 117
— quística..... 499
Plasmón 277
Pleurodinia (Tratamiento de la)..... 304
Pneumogástrico (Sección del). 191
Pneumogástricos y su influencia sobre las contracciones cardíacas..... 321
Pneumonía (Tratamiento de la) 128, 488
Pólipos mixomatosos del cuello del útero..... 120
Posición occipito-posterior

directa (Aplicación del forceps en)..... 236
Presión arterial en el tratamiento de la neurastenia... 76
Productos alimenticios industriales..... 274
Proyectiles alojados en el encéfalo (Extracción de)..... 382
Prurigo (Tratamiento del).... 14
Prurito vulvar..... 215
Pseudo-litiasis intestinal..... 417
Psicosis degenerativa..... 137
— infecciosa..... 473
Pústula maligna (Tratamiento de la)... ..... 264, 487
Quimismo estomacal..... 160
Quemaduras (Tratamiento de las)..... 352
Radiografía. 206, 213, 243, 245, 438
Rayos X..... 206, 243, 245, 438
Recto (Cirugía del)..... 393, 477
— (Cuerpo extraño en el). 477
— (Heridas del)..... 399
— (Imperforación del)... 498
Reflejos pielo-vesical y ureterovesical..... 331
Reformas en la enseñanza... 337
Régimen de las casas de expósitos... 262
— vegetal (Valor del) 120, 207, 248, 340
Reinfección sifilítica..... 125
Resección del ganglio de Gasser)... 331
— del intestino..... 293
— diafisaria (De la)..... 334
— en un caso de fractura conminuta..... 331
— de la rodilla en los tumores blancos supurados 32
— intracraneal del trigémino..... 189, 235
— parcial de las safenas internas..... 287
Reumatismo articular agudo.. 15, 38, 48, 94
— — (Bacilo del)..... 280
— espinal..... 262
Revista de Laringología..... 179
— de Farmacología..... 12
— de Higiene.... 94, 274, 438
— de Oftalmología.... . . 367
— de Otología..... .. 179
— de Rinología..... 179
— de Terapéutica..... 12
Retroversión del útero... 210, 419
Rinitis atrófica..... 15
Rinopina..... 125
— (Tratamiento de la).... 84
Rinología (Dispensario de)... 85
Rinología (Revista de)..... 179
Rinorrea (Tratamiento de la).. 168
Riñón (Diagnóstico del estado funcional del)..... 213
Ronquera (Tratamiento de la). 352
Rotura del bazo..... 36
— del útero 37, 40, 458
Salicilato de metilo 15
Salicilatos de bismuto (Los).. 168
Salófeno..... 304
Sanatorios accidentales para enfermos pobres..... 242
— (Tratamiento de la tuberculosis en los). 20, 21, 22
Sanatrógeno..... 277
Sarcoma del útero..... 119
Sarcomas de la uvea..... 369
Sección del nervio radial 330
Secreción láctea (Persistencia normal de la)..... 385
Seno circular de la placenta (Obliteración del).. . 384
— esfenoidal y sus relaciones con el antro.. ... 182
— maxilar (Cirugía del)... 182
Sensaciones auditivas en la anestesia operatoria (Influencia de las) 494
Septicemia (Tratamiento de la) 13
Servicios sanitarios de España en Africa 63
Sexo del feto (Causas del desarrollo del)..... 468
Sidoral (Acción del)..... 445
Sífilis.... 13, 104, 125, 190, 408
— de familia.. 86
— del tabique interventricular del corazón 185
— terciaria..... 247
Somatosa..... 275
Sonambulismo..... 338
Subida de la leche en una parida que había perdido una mama..... 385
Substancia nutritiva de Heyden.... 277
— supra-renal en las enfermedades de los órganos respiratorios profundos..... . 87
Suero antidiftérico. ... 119, 128
— antidiftérico contra el asma..... 191
— antitetánico. 411
— artificial en la ciática (Inyecciones de)..... 304
— Marmoreck (Valor del). 386
— muscular..... .. 39
Sulfonal (El)..... 129

Supuración de una célula mastoidea aberrante..... 179
— (Tratamiento de la)..... 86
Sutura nerviosa ... 294, 333, 418
Sutura del ventrículo derecho del corazón..... 33
Tabes dorsal 191
Tabique interventricular del corazón (Fisiología y patología) 185
Técnica oftalmoscópica..... 225
Terapéutica (Revista de)..... 12
Tensión arterio-capilar en la cura de Vittel..... 498
Tétanos..... 411, 454
— (Algunas observaciones acerca del) 200
— grave..... 300
Tetranitrol..... 33
Tetranitrato de eritrol..... 33
Tics (Tratamiento de los) 160
Tiflitis..... 294
Tiña imbricata..... 216
Tisis..... 153
Tokelan..... 216
Tracoma (Tratamiento del)... 371
Traqueo-bronquitis (Tratamiento de la) 87
Transmisión de la enfermedad ganglionar del caballo al hombre..... 246
Traumatismos por las balas actuales..... 415
Trigémino (Resección intracraneana del)..... 189, 235
Triquinosis en Murcia..... 482
Trombosis de los senos de origen otítico..... 212
— de la vena cava..... 465
— de la vena ilíaca..... 465
— retiniana palúdica..... 490
Trompon..... 277
Tuberculosis. 18, 87, 153, 231, 242, 281, 318, 390, 392, 498, 502
— (Contribución al estudio de la)..... 230
— de los niños (Tratamiento de la)..... 39, 502
— de las articulaciones y huesos..... 502
Tuberculosis del tejido conjuntivo subcutáneo.. 388
— (Herencia en la)..... 444
— y su tratamiento en los Sanatorios..... 20
Tumor de la médula espinal.. 78
— en la región superior del muslo derecho..... 259
— estercoráceo..... 44
— maligno del párpado ... 497
Tumores blancos supurados (Resección de la rodilla en los)..... 32
— purulentos de los anejos..... 248
— supurados de los anejos (Tratamiento de los). 427
Úlcera varicosa..... 287
Ulceras de las piernas (Tratamiento de las)..... 351
Útero bicórneo 382
— (Catarro fétido del).... 76
— (Desgarradura del)..... 118
— (Fibromas del)..... 120
— (Inversión completa del) 388
— (Retroflexión del)..... 210
— (Retroversión del). 210, 419
— (Rotura del).... 37, 40, 458
— (Sarcoma del)..... 119
— con lesiones múltiples.. 119
Urea en la tuberculosis..... 392
Urosina..... 264
Várices de los miembros inferiores..... 319
Vasógenos..... 406
Vejiga (Perforación de la)... 388
Vejigatorio en la pulmonía... 488
Ventrofijación vaginal (Método de)..... 210
Versión por maniobras externas..... 456
Vértigo (Tratamiento del).... 45
— estomacal..... 486
— nasal rebelde (Curación del)..... 494
Vía mediastínica para el acceso á la tráquea y á los bronquios..... 244
— piramidal (Importancia funcional de la)..... 80
Vías biliares (Cirugía de las). 143

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Bécares y Fernández (D. Francisco), Médico de *San Cristóbal de Entreviñas* (Zamora).
Codina Castellví (D. José), Médico por oposición del Hospital Provincial de Madrid.
Ferrer y Baonza (D. Enrique), Médico de *Villafranca de los Caballeros* (Toledo).
Galiana (D. Jerónimo), ex-Médico del Manicomio Esquerdo. Madrid.
García Mansilla (D. Sinforiano), Oculista del Hospital Provincial de Madrid.
Larrú (D. Julio), Médico municipal de Santoña.
Ledo Dunipe (D. Antonio), Doctor en Medicina y Cirugía. Valladolid.
Lozano y Monzón (D. Ricardo), Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.
Martín Ayuso (D. Antonio), ex-Médico del Hospital provincial de Navarra.
Martín Gil (D. Ramón), Director del Hospital *Noble* de Málaga.
Moya (D. Pedro), Médico en San Sebastián (Guipúzcoa).
Muñoz (D. Antonio), Médico de número de la Beneficencia General de Madrid.
Ots y Esquerdo (D. Vicente), Médico-Director del Manicomio de Vizcaya, en Bermeo.
Pérez Noguera (D. Emilio) Médico del Cuerpo de Sanidad Militar. Madrid.
Ribera y Sans (D. José), Catedrático en la Facultad de Medicina de Madrid.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.
Rueda (D. Francisco), Oto-rino-laringólogo. Madrid.
Ramírez Santaló (D. Alberto), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar. Madrid.
Rodríguez Abaytúa (D. Nicolás), De la Real Academia de Medicina de Madrid.
Sarabia y Pardo (D. Jesús), Profesor en el Instituto Rubio de Terapéutica operatoria de Madrid.
Sentiñón (D. Gaspar), Doctor en Medicina y Cirugía Barcelona.
Toledo (D. Eduardo), Médico de la Beneficencia municipal de Madrid.
Toledo (D. Federico), Médico de *Las Rozas* (Madrid).
Valle (D. Rafael), Médico por oposición del Hospital Provincial de Madrid.

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Trozos de piel por arma de fuego..... 307
Disparos con revólver Smith..... 311
— con Bull-dog..... 315
— sobre vientre de vaca..... 355
Lámina en colores (el fogonazo)..... 359

Mé-
o de

dico
litar.

edrá-
na de

, Ca-
acul-
a.
o-la-

, Mé-
l Mi-

), De
na de

Profe-
Tera-
..
or en
ona.
de la
adrid.
le *La*

opo-
ial de

307
311
315
355
359

1901 cirugia praticas. 33806

R71
R4
33806 v.50-51

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY